UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1907 — N° —

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES PANCRÉATITES AIGUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 Mai 1907 à 1 heure

PAR

PAUL LAFOSSE
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Président	M. DE DENTU, *professeur.*
Juges	MM. BERGER, *professeur.*
	AUVRAY, *agrégé.*
	MORESTIN, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1907

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

Monsieur le Professeur LE DENTU (1899-1900)

Monsieur le Professeur agrégé MÉNÉTRIER (1900-1901)

Monsieur le Docteur André PETIT (1901-1902)

Internat provisoire

Monsieur le Docteur GOMBAULT (1902-1903)

Internat

Monsieur le Docteur HUDELO (1903)

Monsieur le Docteur Alex. RENAULT (1904)

Monsieur le Docteur André PETIT (1904-1905)

Monsieur le Docteur SEVESTRE (1905-1906-1907)

Monsieur le Docteur GUINARD (1906-1907)

MM. APERT, CHASLIN, GRIFFON, GUILLAIN, LAMY, LŒPER, MOSNY, Médecins des Hôpitaux.

MM. Pierre DUVAL, HERBET, LABEY, LAPOINTE, MAUCLAIRE, MORESTIN, PEYROT, Chirurgiens des Hôpitaux

M. CHAMPETIER DE RIBES, Accoucheur de la Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe.

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

Monsieur le Docteur GOMBAULT

Monsieur le Professeur agrégé MACAIGNE

28

INTRODUCTION

Pendant notre dernière année d'internat, nous avons eu l'occasion d'observer avec notre cher Maître, M. le Docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, deux cas de pancréatite aiguë, l'un à forme suppurée, l'autre à forme hémorragique. A ce propos, notre maître nous a fait observer combien devaient être fréquents les cas de pancréatite aiguë, que les cliniciens, non prévenus, rangeaient dans la catégorie ou des abcès sous-phréniques ou des ulcères latents de l'estomac et du duodénum, et il a attiré surtout notre attention sur la facilité relative du diagnostic de ces inflammations. En effet, il y a une sorte de *syndrome pancréatique* qui en permet la reconnaissance, pourvu, comme le disait Körte, que l'on songe que *tout malade a un pancréas*. Aussi, nous sommes-nous surtout attaché dans ce travail à mettre en évidence, tant dans les observations personnelles que nous rapportons que dans les observations de pancréatites aiguës publiées par les auteurs français et étrangers et aussi dans d'autres observations publiées sous la rubrique de phlegmons sous-phréniques, d'ulcères latents de l'estomac ou du duodénum (qui, à notre sens, ne sont probablement que des pancréatites aiguës) les symptômes sur lesquels M. Guinard a bien insisté dans sa communication faite à la Société de Chirurgie au début de cette année (1). Nous n'a-

1. *Pancréatite hémorragique et Pancréatite suppurée*. Séance de la Société de Chirurgie, 20 février 1907. *Discussion sur les pancréatites*. Séance du 7 avril 1907.

vons du reste fait que reprendre et développer l'idée que M. Monod répondant à M. Guinard avait émise (1). Nous nous sommes demandé encore si le laboratoire ne pourrait pas contribuer à rendre plus facile ce diagnostic : nous avons entrepris sur ce point spécial avec nos amis Ambard et Binet, dans le laboratoire de M. le Docteur Enriquez, une série de recherches.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous avons pensé qu'il était intéressant de résumer rapidement l'opinion de la presque unanimité des chirurgiens sur la thérapeutique de ces pancréatites.

1. *Pancréatites*. M. Monod. Séance de la Société de Chirurgie, 13 mars 1907.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous aurons uniquement en vue dans ce chapitre les faits concernant les pancréatites aiguës à formes suppurée et hémorragique. Nous laisserons complètement de côté l'histoire des pancréatites chroniques qui, du reste, a été faite récemment dans la thèse de notre collègue Desjardins. — Pendant longtemps, ces pancréatites n'ont été que des trouvailles d'autopsie et on ne songeait pas en faire le diagnostic parce que l'on ne songeait pas que le pancréas, comme les glandes salivaires, annexes à peu près au même titre du tube digestif, pouvait présenter des phénomènes inflammatoires : rappelons les constatations de Tulpius (1641), de Greisel, de Portal, de Lieutaud, les cas de Riolan, Bonz et Gautier (1804). — A cette époque déjà, Portal, donne une description intéressante de la pancréatite et insiste sur ce fait qu'on a trouvé souvent chez des sujets morts après avoir éprouvé une fièvre continue, avec plus ou moins d'intensité, des douleurs dans le bas-ventre, et surtout au-dessus de l'ombilic, des vomissements violents et fréquents, de la suppression de quelque évacuation habituelle : diarrhées ou hémorroïdes, une suppuration du pancréas qui est quelquefois comme gangréné ».

Puis, Percival en 1819, Schmackpfeffer, Gendrin (1826), Bécourt de Strasbourg (1830), Mondière (1836), Neumann de Berlin (1836) en donnent de bonnes descriptions anatomiques. En 1842, Claessen réunit six cas de pancréatite aiguë

et en déduit la symptomatologie : douleurs dans la région de l'estomac, vomissements incoercibles, ventre modérément ballonné, fièvre légère. — Rokitansky, en 1865, admet la pancréatite hémorragique et Klebs étudie de nouveau cette forme en 1870. — Bientôt, la pathologie pancréatique se développe davantage, en 1882, Boldt en réunit 140 cas, Balser après son maître Ponfick étudie la nécrose graisseuse consécutive à l'inflammation pancréatique ; enfin en 1886, Senn, le premier, fait rentrer le sujet dans le domaine chirurgical en préconisant l'intervention.

Fitz de Borton fait alors paraître, quelques années plus tard, une monographie complète sur les pancréatites ; il les divise en pancréatites hémorragiques, pancréatites suppurées, pancréatites gangréneuses. — Au Congrès de Chirurgie de Berlin de 1894, Körte, se fait le champion de l'intervention chirurgicale dans les pancréatites.

En France, l'attention était plus attirée sur les pancréatites hémorragiques : Cornil et Lépine en 1874, Lancereaux et Thirotoix, Lépine en 1892, en avaient étudié plusieurs cas et Stojanovitz en 1893, Durand, élève de M. le Professeur Chantemesse (1895) en avaient fait le sujet de leur thèse. De Grandmaison avait également donné en 1893 dans la *Médecine moderne*, une revue générale très complète sur la question. Charrin et Carnot, Nicolas de Lyon avaient rapporté des cas d'abcès pancréatiques. — Mais, en même temps que les faits cliniques se multipliaient, les observateurs recherchaient également la cause de ces inflammations : la bactériologie et l'histologie venant apporter leur appoint considérable, les travaux devenaient plus précis : les articles de Klippel, de Thiroloix, la thèse de Carnot au point de vue de l'anatomo-pathologie et de la pathogénie en exposaient complètement les résultats.

Alors, l'histoire des pancréatites entre dans une phase plus active, les observations, les travaux se multiplient, nous ne pouvons les exposer tous dans ce court chapitre d'Historique et nous renvoyons à l'index bibliographique où nous avons indiqué tous les ouvrages qui nous ont paru intéressants pour notre thèse. — Pourtant, nous ne pouvons terminer cet exposé sans

insister sur l'essor qu'ont fait prendre à la pathologie pancréatique, en Allemagne, les communications de Körte, en France, les travaux de M. Guinard, la thèse de Page, celle de Desjardins et plus récemment le rapport de M. Villar au Congrès de Chirurgie de Paris 1905, les revues générales de MM. Quénu et Duval dans la *Revue de Chirurgie* (1905), celle de Lenormand et Lecène (*Revue de Gynécologie*, 1906). — Enfin, cette année même, M. Guinard a repris la question à la Société de Chirurgie et a suscité une discussion des plus intéressantes dont nous essaierons de présenter et de développer les conclusions.

CHAPITRE II

DU DIAGNOSTIC CLINIQUE POSITIF DES PANCRÉATITES AIGUES

Tout d'abord, il importe que nous indiquions nettement ici les limites que nous nous sommes fixées dans notre étude. Les auteurs distinguent plusieurs sortes de pancréatites : les pancréatites aiguës et les pancréatites chroniques et parmi les pancréatites aiguës dont nous voulons, seules, parler ici, ils différencient, suivant la plus ou moins grande virulence des agents infectieux, les pancréatites hémorragiques, les pancréatites gangréneuses et les pancréatites suppurées. Ce sont là des notions qui sont classiques depuis les belles recherches de Carnot qui, expérimentalement, a réussi à reproduire ces différentes variétés de pancréatites. Mais les symptômes diffèrent un peu suivant la description donnée par les auteurs. Nous résumerons tout d'abord les signes indiqués dans le *Traité de médecine* par M. Mathieu, puis ceux que Desjardins a énuméré dans sa thèse ; ensuite nous insisterons sur les caractéristiques qu'avec M. Guinard nous pensons devoir être mises tout à fait au premier rang et qui, suivant notre maître, constituent le *syndrome pancréatique*.

DESCRIPTION DES PANCRÉATITES AIGUES (D'APRÈS M. MATHIEU)

Pancréatite aiguë parenchymateuse, pancréatite aiguë hémorragique, pancréatite aiguë suppurée, sont, pour cet auteur, les trois

formes à examiner. Des premières, cliniquement, il y a peu à retenir, elles se manifestent au cours, dans l'évolution d'une pyrexie quelconque : fièvre typhoïde, état septicémique et les manifestations pancréatiques sont noyées au milieu du reste du cortège morbide. Ce n'est qu'à l'autopsie que l'on en fait le diagnostic en trouvant un pancréas, gros, rouge, et quelquefois complètement gras.

Pancréatites hémorragiques. — Pour les pancréatites hémorragiques, le tableau se précise : ici une douleur brusque en général marque le début de l'affection, bientôt le malade devient anxieux, angoissé, son visage s'altère, devient pâle, grippé, des vomissements alimentaires, bilieux, porracés, apparaissent, la fièvre s'allume, la température peut atteindre rapidement 39,40°. Les signes physiques sont assez marqués le tympanisme n'est pas généralisé : il est localisé à une partie de l'abdomen où la palpation révèle une douleur intense. Dans cet état, la mort peut survenir très rapidement en quelques heures, ou le dénouement est moins prompt et ce n'est qu'au bout de quelques jours, 2 ou 3 au plus qu'apparaissent les phénomènes agoniques. Ailleurs, même, il peut se faire des rémissions et l'ensemble de la maladie peut évoluer en 1 an, parfois même en plusieurs années.

Pancréatite suppurée. — Le début, comme dans la forme précédente, peut en être également brusque ou lent, insidieux. Comme dans les cas précédents, nous retrouvons les douleurs violentes, intenses, à irradiations ombilicales, hépatiques ou spléniques, les nausées, les vomissements. La constipation est de règle, mais on peut voir survenir de véritables débâcles diarrhéïques ; quant à la fièvre, elle s'installe rapidement et ne tarde pas à prendre les caractères de la fièvre de suppuration. Si l'on examine alors le malade, on note encore une tympanisme limité correspondant à une zone de sensibilité douloureuse plus ou moins accusée ; au même niveau, on peut arriver à percevoir par la palpation profonde une résistance plus ou moins grande, quelquefois même une tuméfaction assez nette. Si l'on n'intervient pas une péritonite généralisée peut éclater qui masque et fait perdre

de vue tous les symptômes pancréatiques ; mais l'évolution peut être très différente : la poche purulente, collectée souvent dans l'arrière cavité des épiploons ou, ce qui est très fréquent vers la rate, l'angle du colon transverse et du colon descendant, ou, bien que plus rarement, vers la petite courbure stomacale, vers la première portion du duodénum, la poche purulente peut s'ouvrir ou dans l'intestin ou dans l'estomac et de nouvelles complications deviennent à craindre. C'est alors que le malade s'amaigrit de plus en plus, et que, lentement, la mort arrive par les progrès de la cachexie.

DESCRIPTION DES PANCRÉATITES AIGUES D'APRÈS DESJARDINS

L'auteur réunit dans une description d'ensemble toutes les formes que nous avons précédemment indiquées et il leur décrit : *une période prodomique*, *une période d'envahissement pancréatique*, *une période d'état et une période de terminaison*.

Période prodromique. — Variable suivant les cas, cette période prodromique dépend avant tout, de la cause de la pancréatite. Ici, les symptômes gastro-intestinaux dominent : alternatives de diarrhée ou de constipation, fétidité des selles ou éructations, nausées, vomissements. Ailleurs, ce sont des manifestations d'infection hépatique qui attirent l'attention : colique hépatique, douleur au nivaau de la vésicule, irradiations le long du cholédoque.

... Ailleurs encore, on relève les signes d'une infection générale... Mais, dans nombre de pancréatites, la période prodromique n'existe pas : le début est soudain, comme dans certaines formes d'appendicite. Dans plusieurs observations, on relève ce fait que l'affection a débuté quelques heures après l'ingestion d'aliments avariés, par des vomissements et une douleur abdominale en forme de coliques, si bien qu'on était autorisé à penser qu'on se trouvait en présence d'une simple indigestion. Ce début brusque, semble à Desjardins, tout à fait exceptionnel.

Période d'envahissement pancréatique. — Les signes varient forcément suivant le point du pancréas qui a été primitivement atteint par l'infection : à la tête, l'affection dans son caractère

général répondra au syndrôme hépatique, au corps au syndrôme gastrique, à la queue, au syndrôme splénique.

Aussi, la douleur siège-t-elle tantôt sur la ligne médiane, ou à droite, ou à gauche. Les irradiations se font, lorsque la lésion occupe la tête, vers l'épaule droite, si elle occupe la queue, vers l'épaule gauche, ou vers la région inter-scapulaire si elle est localisée au corps de l'organe. De même, le siège de la tumeur variera : tantôt en connexion avec les voies biliaires, tantôt avec la rate, la seule chose qu'on puisse reconnaître, c'est la situation profonde de cette tumeur. Encore, faut-il remarquer que souvent le ventre est ballonné, tendu, tympanique, très douloureux et empêche tout examen ; ce qui explique combien rares sont les cas où la tumeur a été sentie et diagnostiquée.

Ajoutons des symptômes généraux : yeux excavés, facies grippé, langue sèche, respiration rapide, pouls petit et accéléré, symptômes de réaction péritonéale à côté desquels la température tranche un peu : le malade présente de grands frissons avec ascension à 40 degrés, mais souvent aussi la température oscille entre 38 et 39 degrés, atteignant son maximum le soir. Dans certains cas, il n'y a presque pas d'élévation de la température qui n'atteint pas 38 degrés.

Enfin, les vomissements sont ceux de la péritonite et ne présentent pas de caractère spécial, ils apparaissent dès le début de la maladie, d'abord muqueux puis bilieux et enfin porracés.

Période d'état. — Suivant la façon dont la glande réagit à l'infection les signes varient : c'est alors seulement que Desjardins distingue les unes des autres les différentes pancréatites.

Si l'infection est très forte, le tableau de la réaction péritonéale surtout se complète et le malade succombe rapidement au bout de deux à quatre jours : on a affaire là aux formes hémorragiques ou gangréneuses.

La forme suppurée est moins aiguë : la courbe de température prend le tracé typique des suppurations avec ascension vespérale ; les vomissements deviennent moins fréquents, enfin, comme signes locaux, on peut, dans les cas rares où la palpation n'est pas trop douloureuse, reconnaître une tumeur rénitente, lisse,

située profondément. A ce niveau, si la tumeur est suffisamment étendue, la percussion révèle de la matité. On peut aussi arriver à reconnaître une collection profonde dans l'étage abdominal supérieur. Parfois, elle pourra déterminer des signes de compression, soit du côté de l'intestin, soit du côté des voies biliaires, et alors on verra se développer de l'ictère, soit du côté des vaisseaux, et alors on verra apparaître de l'œdème ou de l'ascite.

Période de terminaison. — Puis, la collection peut se faire jour en haut, donnant naissance à un abcès sous-phrénique qui pourra, perforant le diaphragme, s'ouvrir dans la plèvre ou dans les bronches. Ou, c'est dans l'intestin que l'abcès se videra ; dans ces cas, la guérison s'observe très rarement, plus souvent il persiste un foyer infecté qui, plus ou moins tard, emporte le malade par hecticité.

Enfin, Desjardins qui trouve un peu arbitraire cette division décrit des formes mixtes : c'est ainsi que, dans certains cas, il signale des pancréatites à la fois gangréneuses et suppurées ; puis des formes où les accidents s'amendent mais incomplètement et dans lesquels on trouve, au moment de l'intervention opératoire, un abcès pancréatique, très solidement enkysté, avec déjà des signes d'infection des voies biliaires ou des signes d'infection intestinale que l'on retrouve dans les formes chroniques : ce sont des formes subaiguës qui servent de trait d'union entre les formes aiguës et les formes chroniques de la maladie.

Valeur diagnostique des signes des pancréatites. — Telles sont les descriptions que les auteurs donnent des pancréatites, ce que nous voulons maintenant bien mettre en lumière c'est la valeur de chacun de ces signes, c'est l'importance *qu'au point de vue du diagnostic* chacun d'eux et tel autre, même peu mis en évidence jusqu'alors, doit acquérir ; en un mot, nous voulons, comme M. Guinard, bien montrer que le diagnostic des pancréatites aiguës peut et, même souvent, doit être posé avant l'intervention.

Bien entendu, dans tout ce qui va suivre, nous aurons en vue uniquement les cas de pancréatites aiguës suppurées ou hémorragiques dans lesquels l'évolution n'est qu'aiguë, nous laisserons

complètement de côté ceux dans lesquels la maladie est jugée en quelques heures ou en quelques jours. D'autre part, nous ne nous occuperons pas non plus des pancréatites hémorragiques, traumatiques, du reste ces différentes formes sont assez rares. — Mais, ici, contrairement à Desjardins, nous pensons avec M. Guinard qu'il faut bien distinguer d'une part les pancréatites aiguës hémorragiques, d'autre part, les pancréatites aiguës suppurées.

Pancréatite hémorragique. — Le type que nous aurons surtout en vue ici, est celui que nous avons eu l'occasion d'examiner avec notre maître et le docteur Ertbischoff et dont nous rapportons plus loin l'observation (Obs. I). — Or dans ces cas, quatre symptômes prédominent et forment le « *syndrome pancréatique* » de Guinard.

1° Début brusque.
2° Douleur cœliaque.
3° Cachexie suraigue.
4° Tuméfaction locale.

Reprenons chacun de ces signes l'un après l'autre et voyons leur importance capital au point de vue du diagnostic.

Début brusque. — C'est là un signe de premier ordre et qui doit attirer tout spécialement l'attention du clinicien. Sans doute, la pancréatite hémorragique est loin d'être la seule maladie qui débute ainsi, mais ce qu'il faut bien remarquer (et nous le mettons en évidence dans les observations que nous rapportons et plus particulièrement dans le cas que nous avons eu nous-mêmes l'occasion d'observer) c'est qu'auparavant le malade ne présentait aucun symptôme morbide.

Douleur cœliaque. — Seule, l'appendicite peut débuter de cette façon ; mais dans l'appendicite perforante la localisation en bas et à droite de l'abdomen *douleur cœliaque* ne tarde pas à se préciser et, de plus, dans la pancréatite les douleurs revêtent très vite des caractères particuliers : ce sont des douleurs à *type névralgique*, revenant par crise, et il n'est pas inutile de rappeler que ces douleurs semblent dûes à la compression du plexus solaire, compression que l'on a accusé justement selon nous, d'avoir, dans un cas au moins, occasionné par réflexe

cardiaque la mort soudaine (*Presse médicale*, 21 fév. 1906). — Ces douleurs sont localisées à l'épigastre, n'ont pas de lointaines irradiations ; mais, par contre, elles ont une acuité extrême : Friedreich leur a donné le nom de *névralgie cœliaque* et la morphine même, n'arrive pas à les calmer.

A la Société de Chirurgie, on a discuté sur la valeur de ces deux symptômes M. Quénu a rapporté une observation dans laquelle le début avait été brusque également (Observation III) et dans laquelle il rattachait l'origine des accidents plutôt à une perforation duodénale ou stomacale ; mais, outre qu'avec notre maître, nous estimons que dans le cas observé par M. Quénu, les phénomènes pouvaient fort bien être d'origine pancréatique, les auteurs s'accordent pour remarquer que, très rarement, la perforation d'un ulcère même latent de l'estomac ou du duodénum n'est pas précédée de quelques symptômes. De plus, alors les caractères de la douleur dans le cas de perforation stomacale ou duodénale sont d'emblée très différents de ceux de la douleur pancréatique : d'emblée, dans ces cas, le malade entre en péritonite généralisée, la grande cavité péritonéale n'étant pas protégée par des adhérences, et si, comme le fait remarquer M. le Professeur Dieulafoy, on peut, par un examen très approfondi, arriver à préciser le maximum des douleurs dans la région épigastrique et à déceler à ce niveau une contracture musculaire très intense et de l'hyperesthésie cutanée, il n'en est pas moins vrai que c'est la réaction péritonéale qui domine la scène morbide.

Cachexie suraiguë. — « Je ne crois pas qu'il existe une maladie qui puisse en quelques jours amener un amaigrissement pareil », écrit M. Guinard. Dans le cas que nous avons vu, en quinze jours, le malade était devenu un véritable squelette ; le malade dont M. Faure a rapporté l'observation à la Société de Chirurgie avait perdu cinquante kilogrammes depuis le début de sa maladie... Il s'agit là d'un symptôme saisissant, tous les observateurs en ont été frappés : « ce n'est pas un malade amaigri par la douleur et les vomissements, c'est un malade frappé d'une cachexie suraiguë, d'une cachexie si intense et si rapide qu'on doit l'appeler la *cachexie pancréatique* ».

Tuméfaction locale. — Elle peut se trouver à droite de la ligne blanche : il en est ainsi quand c'est la tête du pancréas qui est prise, et lorsque la tumeur évolue vers l'hiature de Winslow ; plus souvent, la tuméfaction siège dans la région de la grande courbure de l'estomac, entre ce viscère et le colon transverse. Si l'on insuffle avec la poire du thermo-cautère, l'estomac, celui-ci passe au devant de la tumeur et la masque, mais « cette exploration est le plus souvent impossible à cause de la douleur qu'elle provoque et de l'état général du malade ».

Or, cette tumeur qui apparaît brusquement, s'accompagne rapidement d'un état cachectique, ne peut guère être mise sur le compte d'un cancer de l'estomac ; et pourtant si l'on se reporte au travail de Villar, on voit que le plus souvent, c'est le diagnostic qui a été porté et c'était aussi ce diagnostic qu'avait fait un médecin chez le malade de M. Guinard.

Mais la tumeur du cancer ne détermine pas de douleurs aussi violentes, n'a jamais un début aussi brusque et fait encore très important, la tuméfaction pancréatique augmente chaque jour, et dans des proportions très notables ; il n'en est jamais ainsi dans les masses néoplasiques. — Bref, en y pensant, ce ne peut être qu'au pancréas que l'on peut rattacher et la tumeur et les autres symptômes sus-énoncés « et, quand l'idée de pancréatite s'est présentée à vous, on s'aperçoit que tous les symptômes observés rentrent dans le cadre clinique connu et ne peuvent s'appliquer en totalité à tout autre diagnostic ».

Restent encore à signaler quelques petits symptômes moins importants, et qui ne peuvent servir qu'à corroborer l'idée première. — La fièvre s'allume rarement dans cette forme, par contre, le pouls devient petit, filiforme, hémorragique en un mot et ce contraste entre le pouls et la température peut être d'un grand secours pour affirmer la forme de pancréatite. Signalons encore, mais sans y insister davantage, la lipurie, la glycosurie, la fétidité des selles, symptômes du reste inconstants et sur lesquels nous aurons plus loin l'occasion de revenir.

Pancréatite suppurée. — Un fait frappe lorsqu'on lit les différentes observations de pancréatites suppurées, c'est que les

symptômes en sont moins bruyants, moins aigus que ceux de la pancréatite hémorragique. Après la brusquerie du début qui est la même dans les deux formes, la marche du mal est subaiguë et l'affection devient presque latente. — Le siège de la douleur et ses caractères sont analogues ; l'amaigrissement, la cachexie avec asthénie progressive sont encore les mêmes que dans la pancréatite hémorragique ; mais les caractères de la tuméfaction sont variables. Variables d'abord d'après le siège ; variables surtout dans l'évolution de l'affection, rappelons seulement à ce sujet la marche de la tuméfaction dans notre observation, d'abord abdomino-lombaire, la tumeur semble s'être reportée vers la partie supérieure de la cavité abdominale et a finalement donné lieu à des signes de pyo-pneumothorax, et il en était de même dans une observation de M. Guinard où la collection avait d'abord fusé vers le petit bassin, s'était même ouverte dans le vagin, puis était remontée vers l'étage abdominal supérieur. A une première période, et c'est là un signe très important sur lequel insiste notre maître, « l'attention est appelée du côté de l'abdomen et particulièrement du côté gauche de la région sus-ombilicale, puis, survient une seconde période dans laquelle les phénomènes thoraciques prédominent à moins que l'abcès ne vienne faire saillie du côté des lombes ou en avant ». En d'autres termes « les accidents du début sont nettement abdominaux et au bout de quelques jours, ce ne sont plus que les accidents thoraciques qui attirent l'attention » (1). Ailleurs ce n'est plus vers le thorax, mais vers les lombes, ou vers la paroi abdominale antérieure que le pus tendra à se faire jour : et ceci justifie la division des pancréatites, à cette période de leur évolution en :

a. — P. à forme thoracique.
b. — P. à forme abdominale.
c. — P. à forme lombaire.

Nous reviendrons du reste sur ce point, dans le chapitre sui-

1. Guinard. *Loco citato.*

vant. Quant au mode de terminaison des pancréatites, nous n'y insisterons pas davantage, nous n'avons rien à ajouter à la description que Desjardins en a donné et que nous avons résumée plus haut.

CHAPITRE III

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES PANCRÉATITES AIGUES

Nous venons d'étudier en détail les symptômes que nous considérons comme extrêmement importants pour le diagnostic des pancréatites aiguës. Est-ce à dire que nous considérons ces signes comme pathognomoniques ? Nullement. M. Guinard dans ses communications n'a cessé de remarquer que s'il fallait penser au pancréas, il ne fallait pas se laisser hypnotiser par lui : « Je crois bien, écrit-il, que quelques observations publiées avec l'étiquette *pancréatite*, pourraient fort bien être des infections rétro-gastriques d'origine stomacale » et M. Pierre Delbet, reprenant la question, partage sur ce point, complètement l'opinion de notre maître. M. Delbet va même plus loin, il trouve qu'« actuellement, on baptise pancréatites toutes les suppurations rétro-péritonéales et particulièrement, celles de l'étage supérieur de l'abdomen ». A son avis, on abuse de l'origine pancréatique dans les affections que l'on désignait, il y a quelques années, sous le nom de *pyo-pneumo-thorax sous-phréniques*. — Aussi, dans ce chapitre, allons-nous nous efforcer de marquer les différences cliniques qui permettent de poser le diagnostic, différences cliniques, car, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, il n'est pas possible de tenir compte dans ces cas des renseignements fournis ou par l'examen des urines ou par celui des matières fécales. En effet, remarquons-le dès maintenant, dans les formes que nous avons surtout en vue, *une partie et une partie seulement* du pan-

créas est atteinte, le reste de la glande fonctionne et cela d'autant que toute la glande ne peut produire le travail nécessaire. Cette suppléance fonctionnelle n'a rien qui surprenne : elle est analogue à celle que l'on observe si fréquemment en médecine dans les affections du foie (hypertrophie vicariante de Chauffard) ou dans celle du rein ou des capsules surrénales..

Quelles sont donc les différentes affections qui peuvent simuler une pancréatite aiguë hémorragique ou suppurée ? Reportons-nous pour cela aux derniers travaux parus sur la question, aux tableaux publiés par Villar dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1905, à ceux publiés par Lecène et Lenormant dans la *Revue de Gynécologie* de décembre 1906, enfin à ceux qu'il y a quelques semaines, dans la *Normandie médicale*, notre ancien collègue Dévé, rapportait. Villar rapporte 30 observations, Lecène et Lenormant 36, en tout 66 observations : le diagnostic avant l'opération était 28 fois occlusion intestinale. Ailleurs, on avait pensé à une péritonite aiguë par perforation ou de l'appendice ou d'un ulcère latent de l'estomac ou du duodénum, ailleurs encore, à une perforation de la vésicule biliaire.

Occlusion intestinale. — Jamais, dans la pancréatite, on ne constate un arrêt des matières et des gaz comparable à celui qu'entraîne l'occlusion complète. Au contraire, si pendant les premiers moments, l'occlusion paraît complète (et encore pour les gaz elle l'est très rarement), rapidement, on voit survenir de la diarrhée. Sans doute, dans l'occlusion, on sait bien depuis que M. le professeur Le Dentu l'a montré, que l'exsudation du bout inférieur peut donner le change parfois, mais les autres signes qui accompagnent l'occlusion lèvent facilement les doutes. Le ballonnement est établi beaucoup plus rapidement, les douleurs sont plus diffuses, reviennent par crise correspondant à des mouvements péristaltiques ou antipéristaltiques de l'intestin dont on peut assez fréquemment, chez des sujets maigres suivre l'évolution sous la peau. De plus, la température reste normale ou s'élève peu dans la pancréatite hémorragique, elle devient par contre, basse dans l'occlusion intestinale. Enfin et c'est le dernier signe sur lequel nous insisterons, le pouls est différent, il se

remonte bien plus vivement dans les pancréatites aiguës que dans les occlusions intestinales.

Ulcère latent de l'estomac ou du duodénum. — Ce diagnostic a été complètement étudié par M. Guinard dans sa réponse à MM. Quénu, Monod, Delbet et Faure, aussi ne pourrons-nous mieux faire que de résumer rapidement l'opinion de notre maître.

Ulcère du duodénum. — L'ulcère a presque toujours le même siège : « il occupe deux fois sur trois, dit M. Letulle, les trois ou quatre premiers centimètres de la face antérieure du duodénum ». Dans la thèse de Collin 1894, sur 252 cas d'ulcères du duodénum, 242 fois la lésion portait sur la face antérieure de la première portion duodénale. De même dans un rapport sur une communication de M. Hartmann, M. Michaux a réuni 111 cas d'ulcères duodénaux avec 68 perforations aux mêmes endroits. On voit également combien est fréquente la perforation de la duodénite ulcéreuse : « La duodénite ulcéreuse, écrit M. Letulle, est perforante plus d'une fois sur deux ». Enfin, comme le fait bien remarquer M. le Professeur Dieulafoy, dont nous avons, par ailleurs, rapporté les propres paroles, la latence de l'ulcère du duodénum est la règle et les premiers symptômes se manifestent au moment même où la perforation se fait : dans 3 cas seulement, sur 25 recueillis par M. Schwartz en 1898, il y avait eu antérieurement des symptômes attirant l'attention vers le tube digestif : dyspepsie, gastralgie...

Mais, et justement parce que l'ulcère duodénal est latent, il ne s'est pas fait autour une réaction péritonéale capable de localiser l'infection aussitôt faite la rupture. Et sur ce point, les auteurs sont unanimes : l'ulcère du duodénum perforé donne naissance à une péritonite généralisée. Il en est ainsi dans toutes les observations rapportées dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu par le Professeur Dieulafoy et dans nombre d'observations rapportées par les auteurs et que nous passerons rapidement en vue :

Malade de M. Rochard opéré au quatrième jour d'un ulcère duodénal en pleine péritonite généralisée.

Malade de M. Sieur, péritonite généralisée, mort en 36 heures.

Malade de M. Loison meurt 28 heures après le début, péritonite généralisée, ulcère au lieu d'élection.

M. de Rouville, dans une observation communiquée à la Société de Chirurgie par M. Tuffier opère un malade 8 heures après le début des accidents, il trouve une péritonite généralisée, un ulcère du duodénum et le malade meurt 48 heures après. M. Tuffier, lui aussi, a opéré cinquante heures après le début un malade qu'il croyait atteint d'appendicite, l'autopsie lui montra un ulcère perforé de la première portion du duodénum. Enfin, M. Guinard opère 28 heures après le début des accidents, suture un ulcère du bord droit de la deuxième portion du duodénum et voit mourir, de péritonite généralisée, son malade, 14 heures après l'intervention.

Ainsi donc, l'ulcère du duodénum quand il est véritablement latent, c'est-à-dire, quand il n'a jamais manifesté sa présence par quelque symptôme morbide : dyspepsie, gastralgie... l'ulcère du duodénum se perfore et amène une péritonite généralisée rapidement mortelle. Et si l'on observe une collection limitée par des adhérences consécutive à un ulcère du duodénum, auparavant cet ulcère avait manifesté sa présence : ce n'était plus un ulcère latent. Nous sommes loin, on le voit, du tableau des pancréatites aiguës ! La péritonite généralisée, la mort rapide qui en est la conséquence sont ici l'exception, elles étaient tout à l'heure la règle !

Ulcère latent de l'estomac. — Depuis l'observation typique de Cruveilhier, les cas se sont multipliés, mais, dit M. le Professeur Dieulafoy, « L'ulcus de l'estomac, comme celui du duodénum, peut parcourir ses étapes d'une façon latente : toutefois, *au duodénum c'est la règle, à l'estomac l'exception* », mais, là encore, tous les auteurs reconnaissent que la péritonite généralisée rapidement mortelle si l'on ne se presse d'intervenir (Professeur Le Dentu, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 4 mai 1897) est la règle, et que si l'on trouve un abcès enkysté, l'enquête étiologique montre qu'auparavant il y avait des signes de périgastrite. Ainsi, dans un mémoire de M. Guibal (*Revue de Chirurgie* 1906) il y a 3 morts de péritonite généralisée malgré l'ou-

verture et le drainage et dans un autre cas, la perforation, suturée 8 heures après sa production, guérit; mais le malade souffrait de l'estomac depuis deux ans. De même, dans le cas de MM. Lejars et Courtois-Suffit, un ulcère perforé fut trouvé au fond d'une poche purulente enkystée ; mais, depuis longtemps, le malade présentait des signes très nets d'ulcère gastrique.

On voit donc que les formes de pancréatites subaiguës, peut-on dire, que nous avons eues surtout en vue dans notre étude, ne peuvent guère se confondre avec les ulcères perforés de l'estomac ou du duodénum et pour conclure sur ce point, nous dirons avec M. Guinard :

« Il faut cliniquement classer ces ulcères en deux groupes :

1° Les ulcères latents, avec perforation soudaine, pour lesquels il n'y a pas eu d'antécédents douloureux et, par suite, pas de périgastrite et pas d'adhérences péritonéales.

2° Les ulcères anciens qui ont provoqué longtemps de sdouleurs ou des hémorragies, avant de perforer la paroi et qui ont, de ce fait, donné lieu à des réactions péritonéales péri-gastro-duodénales.

Les premiers tuent en quelques jours ou en quelques heures, ou même en quelques minutes (Brouardel) et ne peuvent donner lieu que très exceptionnellement à une suppuration péritonéale enkystée. D'autant que, pour le duodénum en particulier, la perforation se fait à peu près toujours en avant, c'est-à-dire du côté de la grande cavité péritonéale. Il n'y a donc même pas à y penser, lorsqu'on voit un malade, un mois, six semaines ou deux mois après le début des accidents.

Quand aux seconds, ils donnent naissance à une infection péritonéale qui se limite et s'enkyste précisément parce qu'il y a eu de la périgastrite douloureuse prémonitoire ».

Perforation de la vésicule biliaire. — Il faut bien ici distinguer deux cas, on sait que la lithiase biliaire peut être l'origine de pancréatite aiguë (mémoire de Quénu et Duval, *Revue de Chirurgie* 1905) aussi le diagnostic peut-il être très délicat entre une pancréatite et une cholécystite perforée. Mais une vésicule biliaire ne s'ulcère pas sans qu'il y ait eu quelques antécédents de lithiase

biliaire ou une infection : fièvre typhoïde.... par conséquent dans ce premier cas, le diagnostic sera facile. Reste le deuxième cas où il y a coëxistence de cholécystite lithiasique et de pancréatite aiguë ; à la vérité, nous ne pensons pas que le diagnostic en ait jamais été fait avant l'intervention ; il serait peut-être possible si l'on se souvenait des conclusions de MM. Quénu et Duval et de celles de M. Guinard :

« Les pancréatites suppurées sont le plus fréquemment associées à la lithiase vésiculaire.

« Dans la pancréatite, chaque signe en particulier peut s'appliquer à un autre diagnostic, mais, dans l'ensemble des symptômes, dans l'ensemble du syndrome pancréatique, il y a toujours un signe incompatible avec tout autre diagnostic ».

Appendicite. — Il y a entre les deux affections un signe qui permettra d'arriver au diagnostic dans l'immense majorité des cas, c'est la marche de la douleur, c'est son siège sus-ombilical. Les douleurs péri-ombilicales du début de l'appendicite ne tardent pas à se localiser dans la fosse iliaque droite, et cela, même si elles siégeaient d'abord à l'épigastre. Dans l'observation rapportée par M. Delbet entre autres il en fut ainsi : le début fut brusque, caractérisé par une douleur « dans la région ombilicale », puis douleurs abdominales vagues... et bientôt signes d'épanchement pleural du côté droit pour lequel on fait une pleurotomie. Malgré l'intervention le malade continue à s'affaiblir et à maigrir, *il se plaint de douleurs dans le côté droit et il devient évident, pour M. Delbet, que l'origine de l'abcès sous-phrénique est dans l'appendice.*

Enfin, dans tous ces cas, nous ferons remarquer avec notre maître que *l'on peut raisonner et par analogie et par exclusion.*

Par analogie avec les cas observés où l'on avait la certitude absolue que l'on avait bien affaire à une pancréatite. Ainsi, M. Faure diagnostique une perforation d'ulcère stomacal et draine un abcès : son malade guérit, ultérieurement il se forme une fistule par laquelle s'écoule du suc pancréatique : là, le diagnostic s'impose, aucun doute possible. Quelque temps après, il opère un cas analogue, mais cette fois il n'y a pas de fistule

pancréatique, il n'en conclut pas moins à une pancréatite. C'est encore ce que fait M. Monod quand, prenant la parole à la Société de Chirurgie, il reconnaît qu'une observation publiée par lui en 1897 sous le nom de pyo-thorax sous-phrénique, et comparée aux cas de pancréatite connue, n'était qu'une pancréatite aiguë ; et que de plus, dans la thèse de Lang sur 176 abcès sous-phréniques, il nous cite 35 cas où l'origine de la suppuration est restée inconnue et qui avaient bien l'allure de pancréatites.

Par exclusion : quand en présence d'un abcès rétrogastrique, lorsqu'on a éliminé le foie, la vésicule biliaire, le duodénum, l'estomac, qui selon nous, ne peuvent que rarement donner lieu à une suppuration à début violent, brusque et à marche lente, il ne reste vraiment plus que le pancréas à incriminer comme foyer initial de l'infection.

Mais, jusqu'alors, nous ne nous sommes préoccupé du diagnostic différentiel que tout au début ou tout près du début de l'affection. Dans les cas que nous avons eu l'occasion d'observer, nous avons vu que c'était *tardivement* qu'avait été appelé le chirurgien ; aussi le problème se posait-il d'une façon un peu différente. — Chez notre malade de Choisy-le-Roi par exemple, ce qui frappait avant tout c'était des signes non seulement thoraciques, mais pulmonaires, au point qu'on avait même parlé de gangrène pulmonaire. Aussi, croyons-nous utile de faire le diagnostic de l'affection arrivée à une certaine période de son développement.

Diagnostic des pancréatites aiguës, au cours de leur évolution.

Or, quelle que soit la forme prise par la pancréatite : hémorragique, suppurée, anatomiquement la masse formée par les débris glandulaires peut se porter derrière l'estomac, dans l'arrière cavité des épiploons vers la rate : c'est là une forme fréquente ; dans les 2 observations de M. Guinard, il en était ainsi, et nous avons insisté sur ce que, dans ce cas, la pancréatite donnait lieu à des signes pulmonaires ; nous désignerons cette forme sous le

nom de *forme thoracique*. — Ailleurs, la collection fuse en avant refoulant en haut l'estomac, en bas le colon transverse : *c'est la forme antérieure, abdominale* ; ailleurs, enfin, c'est vers les lombes que se fait jour la tumeur : *c'est la forme postérieure, lombaire*. — Insistons sur ce fait, nous allons essayer d'en déduire des notions plus nettes tant au point de vue diagnostique, qu'au point de vue thérapeuthique.

Forme thoracique. — Le diagnostic se complique de ce fait que l'on trouve du souffle amphorique, du tympanisme, de la succussion hippocratique : dès lors, on pense se trouver en présence d'un pyo-pneumo-thorax enkysté et *sus-diaphragmatique*. Quand, avant M. Guinard, nous avons observé dans son service la malade qui fait l'objet de notre observation n° II, nous avions fait cette erreur de diagnostic et nous fûmes très surpris quand notre maître fit le diagnostic de collection sous-diaphragmatique d'origine pancréatique ; quels sont les faits sur lesquels on peut se baser : uniquement la marche de l'affection qui, après un début violent, dramatique s'accompagne rapidement des 3 autres groupes de symptômes, constituant le « syndrome pancréatique », c'est-à-dire, douleur cœliaque, cachexie avec asthénie, tumeur.

Forme abdominale. — Au premier abord, on peut penser (et l'erreur a souvent été commise) à un cancer de l'estomac ou du colon transverse ; mais outre que l'insufflation fait disparaître la tumeur, là encore, le « syndrome pancréatique » est au complet et met sur la voie du diagnostic, et c'est lui encore qui permet de différencier un ulcère calleux ou une plaque de périgastrite adhésive. Dans ce syndrome, un symptôme surtout doit être recherché, c'est la cachexie avec asthenie à marche rapide ; on peut dire qu'en aucun cas, un ulcère ou un cancer ne peut déterminer une altération aussi grave, aussi profonde de l'état général.

Forme lombaire. — Dans ce cas, suivant que l'abcès pointe dans la fosse lombaire gauche ou dans la fosse lombaire droite, on peut penser à une collection d'origine splénique ou d'origine hépatique; mais, dansces deux cas, depuis longtemps, le malade avait des signes attirant l'attention sur ces viscères. Encore une hydronéphrose, une pyonéphrose, un phlegmon périnéphrétique

pourraient-ils donner le change ? Si l'on se base sur l'absence de signes urinaires, et surtout dans ce cas comme dans tous les autres, sur la constatation du « syndrome pancréatique » de Guinard, on devra faire et on fera le diagnostic.

Reste maintenant un dernier problème à résoudre. Il faut reconnaître la *forme* de pancréatite à laquelle on a affaire : est-elle hémorragique, est-elle suppurée ? Pour cela, reportons-nous à ce que nous disions plus haut : dans les pancréatites hémorragiques, le syndrome pancréatique est au grand complet, de plus, la fièvre s'allume rarement et, fait très important, le pouls devient rapide, petit, quelquefois filiforme, il est bientôt analogue au pouls que l'on observe chez les individus qui font une hémorragie assez abondante. Par contre, dans les formes suppurées, le tableau symptomatique semble atténué ; mais, la fièvre s'allume, elle revêt vite le type de fièvre hectique, enfin et notre maître a bien insisté sur ce point, la forme suppurée évolue presque toujours en deux étapes : une, nettement abdominale, une plus tardive qui peut être abdominale, lombaire ou, plus souvent, *thoracique*. Telles sont les particularités de chaque forme qui pourront les faire distinguer l'une de l'autre.

CHAPITRE IV

DU DIAGNOSTIC DES PANCREATITES AIGUES PAR LES PROCEDES DE LABORATOIRE

Nous nous sommes encore demandé si le laboratoire ne pourrait pas venir en aide à la clinique pour parachever le diagnostic de pancréatite aiguë suppurée ou hémorragique. Pour cela, nous n'avions que deux procédés nous permettant, croyons-nous, d'arriver à des résultats certains : l'examen des urines et l'examen des matières fécales.

DE L'EXAMEN DES URINES

L'examen des urines dans les cas qui nous sont personnels, ne nous a rien révélé d'anormal; à plusieurs reprises, nous avons pratiqué avec notre ami Hauterive, interne en pharmacie du service, la recherche du sucre surtout, et le dosage de l'urée et des autres matériaux urinaires : nos analyses ne montrent que des différences inappréciables. Du reste, *a priori*, il devait en être ainsi : le pancréas, en effet, dans les cas que nous avons envisagés, était pris seulement en partie ; dans notre première observation seule la queue était intéressée, et chez notre deuxième malade, l'évolution de la collection nous indiquait également que la queue seule devait être lésée. En effet, dans ce dernier cas, n'avions-nous pas vu pendant les premiers temps de la marche de l'affection, les douleurs localisées à gauche au point de faire

penser à notre ami, le Docteur Amard, clinicien très distingué, qu'il s'agissait d'une colique néphrétique. Et quelques jours plus tard, notre collègue Pasteau a constaté, encore du même côté, l'apparition d'une collection dont il avait tout d'abord fait une hydro ou pyonéphrose. Pourtant, nous avons été un peu déçu dans le cas de la pancréatite hémorragique, étant donné le degré de cachexie dans lequel nous avions trouvé le malade, nous pensions que là, les recherches seraient plus fructueuses. Force nous a été de reconnaître que nos procédés d'investigation étaient pour le moins incomplets.

EXAMEN DES MATIÈRES FÉCALES

Pour faire cet examen, nous pouvions employer deux procédés : celui exposé dans la thèse de notre collègue René Gaultier (1), ou celui plus récent, de nos amis Ambard, M. E. Binet et Stodel (2).

Le procédé de Gautier nous a paru long et compliqué : après avoir fait faire au malade un repas d'épreuve, il faut prélever la totalité des matières fécales uniquement correspondant à ce repas, en prendre une certaine quantité ; la faire dessécher à l'étuve. Puis, on doit triturer dans un mortier avec des morceaux de verre et du sable bien lavé à l'HCl à l'eau et desséché cette masse étuvée et pesée ; on fait alors une simple extraction par l'éther additionné d'HCl (qui décompose les savons) : on a ainsi le poids total des graisses, y compris la cholestérine et la lécithine qu'il faudrait séparer mais qui, en pratique, n'ont point d'importance. Mais il faut encore triturer par l'éther.... et pratiquer une série de dosages que seuls des chimistes de profession peuvent entreprendre. Aussi avons-nous préféré à cette série de manœuvres, somme toute peu agréables, le procédé d'Ambard.

Le procédé d'Ambard est très simple et très pratique pour se ren-

1. René Gaultier *Traité de Coprologie clinique*. Paris, 1906.

2. Etude de l'activité pancréatique par le dosage de l'amylase fécale. *Soc. de Biologie*, 1907.

dre compte s'il y a ou non du suc pancréatique dans les matières fécales. Pour cela, quelques précautions sont indispensables : il faut tenir compte en effet de la grande rapidité avec laquelle se résorbe le suc pancréatique dans les matières fécales et cela surtout lorsque le patient est soumis au régime ordinaire. Après quelques tâtonnements dans nos recherches sur un grand nombre de sujets sains au point de vue pancréatique, nous avions avec Binet, adopté la méthode suivante : pendant 24 heures, nous laissions le malade au régime lacté intégral, le soir, nous lui donnions un lavement évacuateur et le lendemain matin à 6 heures, nous faisions absorber suivant les cas 20 ou 25 grammes d'eau-de-vie allemande et de sirop de Nerprun. Les matières étaient recueillies jusqu'à 4 heures de l'après-midi et nos recherches portaient sur leur totalité. Nous tenons à insister sur ce dernier point : en effet, l'activité du suc pancréatique a toujours été en raison directe du poids des matières recueillies et nous sommes persuadés que les chiffres faibles que nous avons trouvé dans plusieurs de nos dosages pratiqués comme nous l'exposerons plus loin n'étaient dûs qu'à la faible quantité de fèces qui nous avaient été remises.

Pour rechercher l'activité pancréatique, nous avons avec Ambard, Binet et Stodel, opéré sur le ferment amylolitique dont on mesure le pouvoir diastasique beaucoup plus aisément que celui de la lipase et de la trypsine.

Nous nous basions sur la digestion de l'amidon par le ferment et nous nous assurions, avant de faire le dosage, long et un peu délicat, que les matières à l'étude renfermaient bien du suc pancréatique. Pour cela, nous prenions 1 cc. d'une solution d'empois d'amidon à 1 pour 100 et nous y ajoutions 1 ou 2 gouttes de *liquide diarrhéïque* beaucoup plus riche en amylase que les matières sèches et dures.

Il résulte en effet des expériences faites sur le chien par différents auteurs que l'amylase est détruite ou résorbée par un séjour prolongé des fèces dans l'intestin. — Nous portions ensuite pendant une 1/2 heure ce mélange dans le thermostat à 39°2. — Au bout de ce temps ou nous arrêtions l'hydrolyse par 3 gouttes de NaOH, ou bien nous recherchions immédiatement si l'amidon

avait bien été transformée en sucre ; toujours, nous ne versions que 4 gouttes de liqueur de Fehling et nous portions ensuite à l'ébullition un peu prolongée. Avec un peu d'habitude, très peu d'habitude même, nous arrivions à reconnaître à la rapidité avec laquelle se faisait le virage de la liqueur de Fehling, à l'intensité de sa réduction si les fèces renfermaient une quantité notable de suc pancréatique : toujours, pouvons-nous dire, les dosages que nous pratiquions ensuite venaient nous confirmer dans nos données premières. Aussi, nous insistons sur la rapidité, sur la facilité de la recherche de l'activité pancréatique par ce moyen qui est à la portée de tous les praticiens. — Le dosage de l'amylase, sans être très compliqué, demande un outillage plus complet, il est de plus délicat et demande à être pratiqué par des personnes plus expérimentées que ce simple procédé. — Voici comment nous opérions : à 50 centimètres cubes d'une solution d'empois d'amidon à 1 pour 100, on ajoute une quantité de matières fécales variable (1 ou 2 centimètres cubes), on agite et on porte le tout, dans un tube fermé, au thermostat à 39°2. Si l'on n'a mis qu'un centimètre cube on laisse au thermostat pendant une heure, pour deux centimètres cubes une demi-heure suffit. Au bout de ce temps on arrête comme précédemment l'hydrolyse par quelques gouttes de NaOH ou on pratique le dosage séance tenante. Dans la burette de Mohr, on introduit, avec les précautions d'usage, le contenu du tube sortant du thermostat et en maintenant, dans un ballon, 10 cc. de liqueur de Fehling, à l'ébullition, on verse peu à peu, avec le compte-goutte de la burette, de son contenu jusqu'au moment où la liqueur de Fehling vire — c'est là le point un peu délicat de la méthode, car pour avoir des résultats exactement comparables il faut arrêter l'expérience, toujours dans les mêmes conditions ; mais pour cela, il n'est besoin que d'un peu d'habitude. — Ceci fait, on lit le chiffre correspondant à la hauteur du liquide ; ce chiffre, retranché de celui auquel montait le liquide avant l'expérience, permet par une proportion *d'établir la quantité de sucre évaluée en grammes qui serait susceptible d'être formée en une heure, dans les conditions précitées, par toute la masse fécale recueillie.*

Pratiquement, comme on opère, toujours dans les mêmes conditions, pour éviter des calculs pour le moins ennuyeux, on peut même se contenter uniquement de ce premier résultat : il nous a paru, d'après nos examens qui ont porté sur plus de 100 malades pris dans les salles de l'Hôtel-Dieu, grâce à l'obligeance et à la bonne volonté de tous nos collègues de la salle de garde, auxquels nous sommes heureux d'exprimer ici tous nos remerciments, que les matières normales donnaient entre 7 et 8 divisions de la burette de Mohr.

Si nous insistons un peu longuement sur ce procédé, c'est qu'il nous a paru simple, commode et très précis et qu'il a permis à l'un de nous de porter un diagnostic très exact dans un cas difficile : Il s'agissait d'un malade de notre cher et vénéré maître M. le docteur André Petit, malade âgé, cachectique et porteur depuis plusieurs mois d'un ictère intense par obstruction cholédocique ; les matières étant complètement décolorées. Etant donnés l'âge du sujet, l'état cachectique dans lequel il se trouvait, la durée de l'affection, M. André Petit pensait plutôt à un cancer du pancréas. Notre collègue et ami Milhit remit à Binet des matières fécales du malade et nous les examinâmes Binet et moi ; or, à notre grande surprise, nous trouvâmes d'abord une réaction très active et en dosant, un chiffre presque normal 8,5. Nous conclûmes alors qu'il s'agissait non d'un cancer du pancréas, mais d'une obstruction du cholédoque par un calcul. Le malade ne fut pas opéré malgré nos exhortations, mais nous eûmes pourtant la bonne fortune de le voir, au bout de quelque temps, guérir son ictère et sortir de l'hôpital, absolument rétabli.

Donc, nous accordons à ce procédé, une grosse valeur. Dans nos deux cas, il ne nous a pas permis pourtant d'orienter plus solidement notre diagnostic, mais, pourquoi ? Pour les raisons que nous exposions plus haut : dans les 2 cas de pancréatite aiguë qu'il nous a été donné d'observer, le pancréas n'était pas pris en totalité : une notable portion en subsistait qui permettait le remplacement fonctionnel de la partie atteinte. Nous ne pouvons donc pas en conclure, que le pancréas n'était pas atteint ;

mais seulement que la totalité de la glande n'était pas prise et que, si, véritablement une partie en était détruite, ce qui en restait lui suppléait largement. Nous serions d'autant plus portés à admettre cette suppléance que, jamais dans un autre cas, nous n'avons trouvé de chiffres aussi élevés que chez notre malade de Choisy-le-Roi : loin de penser que là *tout* le pancréas fonctionnait, nous croyons plutôt que la partie saine travaillait avec plus d'énergie et que, peut-être, dans des cas analogues, il y aurait lieu de tenir compte plus de l'élévation du taux de l'activité pancréatique que de sa diminution. Mais ce n'est là qu'une pure hypothèse et il faudrait multiplier les exemples pour arriver à une conception plus précise.

Quoiqu'il en soit, force nous est bien de constater, en terminant ce chapitre, que l'analyse minutieuse des urines, la recherche du suc pancréatique dans les matières fécales ne sont encore, à l'heure actuelle, que d'un très faible secours dans le diagnostic des pancréatites aiguës.

CHAPITRE V

DU TRAITEMENT DES PANCRÉATITES AIGUES

Quelle thérapeuthique peut-on instituer contre les formes de pancréatites que nous venons d'étudier ? Seule, la chirurgie peut nous donner quelque chance de sauver les malades et, de fait, elle compte à son actif un grand nombre de guérisons, et nous sommes persuadés que ce nombre augmentera encore quand on songera davantage à la fréquence de ces maladies et qu'on en fera plus hâtivement le diagnostic.

Jusqu'alors, qu'a-t-on tenté ? Simplement de donner issue au pus et d'assurer un parfait écoulement par un drainage en bonne position : ce sont là les règles générales de la chirurgie des abcès. Mais pour arriver sur le pus, on a suivi différentes voies : ici voie antérieure, transpéritonéale, là, voie thoracique, transpleurale, là, enfin, voie lombaire.

Une seule règle doit guider : attaquer les collections purulentes par la voie où elles proéminent. La récente discussion de la Société de Chirurgie a mis cette notion bien au point. Tous les chirurgiens ont été unanimes pour en reconnaître l'excellence. Mais on a critiqué pourtant une voie qui, loin de nous paraître exclusive, peut donner et donne des résultats remarquables : nous voulons parler de la voie transpleuro-péritonéale sur laquelle notre maître, M. Guinard, a insisté.

Voie thoracique. — Voyons d'abord ce qu'on a reproché à cette voie :

« La voie thoracique ou transpleurale n'a été employée que par Guinard, dans un cas spécial, après un diagnostic incertain, puisque ce chirurgien croyait intervenir pour une pleurésie purulente et non pour une collection sous-diaphragmatique. Quoique la malade ait guéri, cette voie doit rester une exception ; elle est compliquée, elle est étroite, elle est grave, et surtout elle ne peut drainer convenablement la cavité » (Desjardins).

Avant d'entrer dans le détail de cette critique, analogue en partie, à celle des autres auteurs, nous voudrions rectifier une légère erreur qui s'est glissée dans l'esprit de notre excellent collègue : ce chirurgien, écrit-il, croyait intervenir pour une pleurésie purulente et non pour une collection sous-diaphragmatique. Or, Page, rapportant les faits, écrit dans sa thèse, page 56 : « M. Guinard pensa que le pus pouvait bien venir de *dessous le diaphragme* ».

Villar, dans son rapport au Congrès de Chirurgie, écrit de même : « Inutile d'insister sur les inconvénients de cette voie, elle est compliquée, elle expose à la blessure du poumon, elle ne permet pas un drainage convenable de la région pancréatique ». De même encore, Lecène et Lenormant partagent cette opinion. Puis M. Delbet, cette année même, à la Société de Chirurgie : « je ne crois pas du tout que la voie transpleurale soit la voie d'élection ».

Sur ce dernier point M. Guinard et nous, sommes complètement de l'avis de M. Delbet : la voie thoracique ne convient qu'à certaines formes. Mais revenons sur l'opinion des autres contradicteurs : pourquoi cette voie est-elle compliquée ? il ne nous paraît pas qu'une résection de côtes soit une intervention bien complexe, certes il y a un temps délicat, c'est de fixer la plèvre pariétale à la plèvre viscérale mais ce temps n'est pas plus difficile à exécuter que tant d'autres sutures pratiquées journellement !

« Pour la blessure du poumon, dit M. Guinard, je ne vois pas qu'elle soit à craindre. Je crois bien qu'elle n'est même pas possible, si je puis dire, et c'est une objection que je ne comprends pas ».

Reste la question du drainage, les observations que nous rap-

portons montrent qu'il est très efficace : « il ne faut pas oublier que les malades sont couchés, et qu'en les inclinant du côté gauche, le drain se trouve au point déclive ». Enfin, on peut remédier à cet inconvénient par l'aspiration du pus par le drain. — Enfin à l'objection qui ne lui a pas été formulée, au danger d'inoculer la plèvre, si la suture du diaphragme à la paroi thoracique n'est pas très stricte, M. Guinard répond qu'infection séreuse pour infection séreuse, il préfère celle de la plèvre à celle du péritoine. Du reste chez le malade de M. Delbet, la plèvre fut infectée, mais ce chirurgien ajoute : « ce n'est pas ce qui a fait mourir le malade.... » Enfin, dans le travail de Lang, on voit que cette voie a donné plus de succès que les autres modes d'incision.

Voie lombaire. — « A l'avenir, si j'arrivais au diagnostic précis de collection rétro-péritonéale occupant l'étage supérieur de l'abdomen, je m'efforcerais de l'atteindre par la voie lombaire » (M. Delbet). Pour Desjardins, c'est une voie d'exception : « il suffit de se rappeler la complexité et l'importance des organes situés à la face postérieure du pancréas pour comprendre la gravité d'une telle voie, le peu de jour qu'elle donne et la profondeur à laquelle on doit opérer ». — Cette voie a été peu employée et dans quelques observations de Körte que nous rapportons, on verra que les collections qui venaient bomber en arrière étaient séparées de la collection principale par un trajet sinueux qui ne permettait pas un drainage facile. Néanmoins, nous pensons que lorsque le pus viendra se réunir dans la fosse lombaire, on devra l'y attaquer directement.

Voie antérieure. — Pour beaucoup de chirurgiens, c'est la voie d'élection pour aborder les pancréatites : on fait l'incision médiane sus-ombilicale, le ventre ouvert, on explore le petit épiploon, le grand épiploon, enfin relevant ce dernier, l'arrière cavité. Arrivé sur la collection pancréatique, on évitera l'issue du liquide dans le péritoine en faisant l'aspiration avec l'appareil Potain et en protégeant avec des compresses les organes voisins, puis on incisera largement la poche ; alors, pour protéger la grande cavité péritonéale on établira un canal artificiel entre la poche et la paroi

abdominale avec l'épiploon qu'on suturera circulairement en laissant juste la place d'un drain de fort calibre.

Il ne nous semble pas que cette voie soit plus à recommander que l'une des deux précédentes. Avec MM. Delbet, Faure, Guinard, nous pensons qu'on ne peut poser de règles très générales : « le pancréas est à cheval sur la colonne vertébrale, sa tête est à droite, sa queue à gauche, ses rapports sont innombrables ; les collections dont il est l'origine ont des évolutions diverses, pratiquement, pour les ouvrir, il faut obéir aux circonstances, c'est-à-dire, aux indications » (M. Delbet). « On incisera toujours au point où la collection purulente viendra se manifester » (M. Faure). Nous conclurons donc avec notre maître *qu'il n'y a pas une voie d'élection qui s'applique à tous les cas.*

Dans les formes thoraciques, on emploiera la voie transpleuro-péritonéale.

Dans les formes lombaires, on passera par la voie lombaire.

Enfin, dans les formes abdominales antérieures, c'est par la laparotomie sus-ombilicale qu'on arrivera au pus.

OBSERVATIONS

Observation 1 (Docteur Guinard). — *Pancréatite hémorragique.* — M .., trente-cinq ans, soigné depuis longtemps par MM. Balzer et Ertzbischoff pour des accidents spécifiques très nets. — A eu depuis le 6 décembre 1905 une orchite syphilitique dont il porte encore des traces : testicule gauche gros comme un œuf de dinde, rien au cordon, rien à la prostate; a été soigné alors par des pilules de protoiodure de mercure *qu'il a mal supportées*, aussi le Docteur Ertzbischoff les a-t-il remplacées par des injections quotidiennes de benzoate de mercure. Le 6 janvier 1907, le malade est pris brusquement d'une violente douleur dans la région de l'épigastre et *présente en même temps une diarrhée intense.* — Les douleurs sont telles « qu'on entend de la rue les cris du malade ». Les injections de morphine répétées arrivent à peine à calmer ces douleurs que la moindre ingestion de liquide exagère. Au bout de quatre ou cinq jours, M. Ertzbichoff constate l'apparition d'une petite tuméfaction rénitente siégeant vers la grande courbure de l'estomac à gauche de la ligne blanche. Il pense à une gomme et continue le traitement : il fait ainsi 21 injections ; mais les douleurs continuent, aussi intenses, et le malade se cachectise à vue d'œil. M. Balzer voit alors M... conseille de suspendre le traitement spécifique et de faire appel à un chirurgien. — M. Guinard voit alors le malade. « Je suis frappé, écrit-il (1), de l'état d'amaigrissement extrême du malade : c'est une véritable cachexie suraiguë survenue en vingt jours. Le pouls est petit à 120°, et la température est normale. L'intolérance de l'estomac est absolue et il y a pourtant une diarrhée incessante. Le ventre n'est nullement ballonné, mais on voit entre l'ombilic et le rebord costal gauche une tuméfaction, dont

1. *Loco citato.*

le centre siège au milieu d'une ligne qui unirait l'ombilic à la dixième côte à son extrémité antérieure. Cette tumeur lisse et rénitente, sinon fluctuante, est entourée d'une zone de sonorité à deux tons : on distingue parfaitement la sonorité stomacale en haut, de la sonorité intestinale en bas. Sur la tumeur même on ne perçoit pas une matité vraie ; c'est plutôt de la submatité, ou mieux, si je puis dire, de la « subsonorité ». Une ponction au centre de cette tumeur, faite avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, a ramené quelques gouttes de « sang poisseux ».

Me basant sur le début brusque « en coup de poignard » du mal, sur la rapidité de la cachexie, sur le siège de la tuméfaction, sur l'absence de fièvre et sur le caractère de la douleur, je fais le diagnostic de Pancréatite hémorragique et je conseille l'intervention. Pendant quarante-huit heures, on fait des injections sous-cutanées de sérum au malade pour le remonter et je pratique l'opération sous le chloroforme, le 27 janvier, avec l'aide du Docteur Ertzbischoff et de mon interne, M. Lafosse.

Petite incision verticale de 4 à 5 centimètres au centre de la tumeur ; le péritoine incisé, je vois l'épiploon normal au-devant de la masse : en tirant sur l'épiploon, j'amène dans la plaie la grande courbure de l'estomac qui est tout à fait saine, ce qui montre bien qu'il ne saurait être question du cancer de l'estomac auquel on avait aussi pensé, ni d'une gomme qui, d'ailleurs, aurait évolué tout juste pendant un énergique traitement mercuriel. J'incise l'épiploon en évitant les vaisseaux et je le suture avec soin au catgut à la paroi abdominale antérieure. Je constitue ainsi un entonnoir au fond duquel se voit une volumineuse tumeur noire. Un coup de bistouri sur cette tumeur fait sourdre violemment une bouillie de caillots grenus, noirs, mêlés de débris grisâtres : pas de liquide, pas trace d'odeur. Avec les doigts nous arrivons derrière l'estomac jusqu'à la colonne vertébrale, explorant ainsi une poche pancréatique de la capacité des deux poings au moins. Je fixe deux gros drains au fond de cette poche bien débarrassée de ses caillots.

Toute douleur a disparu dès le réveil du malade. Huit jours après, je supprime un des drains et le malade commence à s'alimenter. L'état général est meilleur et la cachexie paraît déjà moins profonde. Le quinzième jour, j'enlève le second drain. Le malade s'alimente, mais la maigreur reste encore très accentuée ».

« Au cours de l'opération, je n'ai, pour ainsi dire, pas vu la grande « cavité péritonéale. Impossible par conséquent de dire s'il y avait sur « le péritoine ces taches de nécrose graisseuse, de fettnekrose ou mieux « de stéatonécrose (suivant l'expression de Hallion) qui lorsqu'on les

« trouve dans une laparotomie, doivent aussitôt faire songer à une pan-
« créatite ».

Ajoutons, pour compléter, que, grâce à l'obligeance de notre collègue et ami Milhit, interne de M. le Docteur André Petit, qui nous a ouvert les portes de son laboratoire, nous avons pu ensemencer en milieux aérobies et anaérobies, les caillots recueillis ; les différentes cultures dont nous avons fait l'examen à nombreuses reprises, avec notre ami Verliac, sont constamment restées stériles.

Observation 2 (personnelle). — *Pancréatite suppurée. Ouverture et drainage par la voie transpleuro-péritonéale. Guérison.* — La malade, épicière à Choisy-le-Roi, est une femme d'apparence robuste. Agée de trente-trois ans, elle a toujours été en bonne santé et n'a jamais souffert que de quelques troubles dyspeptiques insignifiants. Mariée depuis dix ans, elle a eu deux filles : l'une il y a huit ans, l'autre il y a six ans.

Le 19 décembre 1906, dans la matinée, elle ne présentait aucun symptôme morbide ; elle avait même pu, seule, démonter, pour le nettoyer, son fourneau de cuisine. Au milieu de son déjeuner, brusquement, elle ressentit, dans la région épigastrique et dans l'hypocondre gauche, une douleur extrêmement violente qui, très rapidement, s'accompagna d'une altération grave de l'état général. Le Dr Amar, immédiatement appelé, vu le début brusque de l'accident, l'intensité des phénomènes douloureux et leurs irradiations, pensa à une colique néphrétique et prescrivit des applications chaudes sur les régions malades et une potion calmante. Le soir, l'état général de la malade n'était pas inquiétant : température, 37°6 ; pouls, 72 ; mais, les douleurs étant aussi violentes, le Dr Amar fit une piqûre de morphine qui soulagea momentanément la malade.

Le lendemain et les jours suivants, les phénomènes douloureux persistent, aussi marqués ; la température s'élève et se maintient aux environs de 38 degrés, le pouls surtout s'accélère, monte à 100, 120, 130, 140.

Le 23 décembre, le Docteur Amar perçoit, dans la partie supérieure de l'hypocondre gauche, une tumeur douloureuse à la pression ; il porte le diagnostic de pyonéphrose consécutive à de la lithiase rénale, et demande en consultation le Docteur Pasteau, qui le confirme dans son opinion. Du 24 au 30 décembre, les phénomènes généraux s'aggravent : la température oscille entre 39 et 40 degrés, le pouls, petit, bat jusqu'à 170 par minute ; pourtant, les deux médecins consultants notent la disparition de la tumeur précédemment constatée. Mais alors des symptômes nouveaux apparaissent : la respiration de la malade devient pénible, et, à l'examen du thorax, on trouve de la diminution des vibrations

thoraciques, de la submatité, de la respiration soufflante, et des râles sous-crépitants à la base du poumon gauche. Bientôt même, l'haleine devient fétide, et le Docteur Amar, pensant que sa malade a peut-être une collection purulente dans la plèvre gauche, demande un chirurgien en consultation.

Plusieurs ponctions exploratrices avec l'aiguille de Pravaz n'ont cependant pas donné de pus, mais il y a nettement de la succussion hippocratique avec du souffle amphorique et de la matité à la base. On conseille de transporter la malade dans le service de l'Hôtel-Dieu.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Marthe, lit n° 17, le 7 janvier 1907. Son état est grave ; elle est très affaiblie, sa face est violacée, sa respiration difficile. Elle se plaint de la mauvaise odeur de son haleine et d'une douleur violente dans tout le côté gauche, douleur que les différents révulsifs : ventouses, cataplasmes sinapisés, etc., dont elle porte les traces très apparentes, n'ont pu calmer. Température, 39 degrés. Pouls, 120.

L'haleine de la malade est en effet assez fétide, sans toutefois être assez forte pour incommoder ses voisines.

On ne trouve pas de voussure du côté malade, mais une matité franche dans la partie inférieure du poumon gauche et en arrière ; les vibrations thoraciques sont diminuées, le murmure vésiculaire est affaibli et, sous l'oreille, on perçoit des frottements pleuraux et de petits râles sous-crépitants. Dans la région externe et inférieure du thorax, et dans l'espace de Traube, la percussion révèle de l'hypersonorité et même du tympanisme ; à ce niveau, on note également de l'abolition du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques, et un souffle amphorique accompagné de succussion hippocratique. Pas de bruit d'airain ; pas de bronchophonie. Le cœur n'est pas dévié. Quelques quintes de toux sèche, mais pas trace d'expectoration.

M. Faisans qui voit la malade, devant ces symptômes un peu disparates, hésite à porter un diagnostic ferme, et pense qu'il peut s'agir d'une collection pleurale enkystée entre le poumon et la plèvre diaphragmatique, collection ayant déterminé la production de gaz et une réaction pleuro-pulmonaire périphérique.

Après avoir fait plusieurs ponctions avec une aiguille longue, on tombe, en piquant au point où se trouve le maximum des signes d'auscultation (9e espace intercostal, un peu en arrière de la ligne axillaire), dans une cavité d'où s'échappent des gaz absolument fétides et rappelant très nettement l'odeur de l'haleine de la malade.

M. Guinard, se basant sur le début brusque du mal par une douleur abdominale, sur l'apparition très tardive des signes thoraciques succédant aux signes abdominaux, sur l'absence de toux et d'expectoration, pense que cette collection purulente avec des gaz fétides est due à une pancréatique suppurée, comme celle qu'il a déjà observée dans les mêmes conditions. Et comme les signes thoraciques dominent, tandis qu'on ne sent aucune tuméfaction du côté de l'abdomen, il se décide à faire, comme pour sa première malade, une résection costale et une ouverture de la plèvre, ce qui permettra une exploration de la cavité pleurale et une cure de la pleurésie purulente au cas où son diagnostic de pancréatite ne serait pas exact.

La malade est endormie au chlorure d'éthyle, puis au chloroforme ; anesthésie laborieuse. On incise sur la 8e côte, en prenant comme centre de l'incision la ligne axillaire ; on réséque 7 à 8 centimètres de la côte, et on tombe sur une plèvre saine en bas et en dedans, où on peut explorer avec le doigt le cul-de-sac pleural parfaitement libre. En haut et en dehors, des adhérences serrées fixent le poumon à la paroi, ce qui évite le pneumothorax total ; un surget au catgut, formant couronne, limite un espace sur le diaphragme qu'il unit à la plèvre pariétale, et oblitère complètement la cavité pleurale. On incise alors franchement le diaphragme ; il s'échappe 3/4 de litre d'un pus grumeleux, abominablement fétide, et des gaz d'une odeur épouvantable. Le doigt, introduit sous le diaphragme, sent très nettement la rate saine, limitant à gauche la collection. On draine très largement.

Après l'intervention, l'état de la malade s'améliore rapidement : la température oscille encore quelques jours entre 39 et 38 degrés, mais le pouls est bon, les douleurs cessent. La malade quitte l'hôpital le 1er février 1907, conservant encore une large fistule par laquelle s'écoule de moins en moins de pus.

Après l'intervention, l'analyse des urines, pratiquée à deux reprises, n'a rien révélé d'anormal. De plus, M. Ambard a dosé les ferments pancréatiques dans les matières fécales, et a trouvé des chiffres sensiblement normaux. Enfin, l'examen direct du pus, les cultures faites avec le pus en milieux usuels et en milieux anaérobies, ont montré qu'il existait deux agents pathogènes : du coli bacille et de gros cocci-anaérobies, qu'il nous a paru impossible d'identifier avec des formes connues.

Observation 3 (M. Quénu). — Le nommé E. D..., âgé de vingt-cinq ans, broc heur, nous fut amené le jeudi 20 décembre en voiture d'ambulance pour des douleurs de ventre remontant à dimanche dernier.

Il avait travaillé comme d'habitude le samedi 15 décembre ; néanmoins, il s'était senti moins d'appétit ; il eut l'idée de se purger le lendemain dimanche. Une heure après avoir avalé son purgatif (1), il fut pris de vomissements et de douleurs vives à l'épigastre avec irradiations vers l'ombilic. Le malade souffrait horriblement, se tordait dans son lit, et il lui semblait qu'un couteau lui traversait l'estomac.

Le lendemain lundi 17 décembre, les vomissements cessèrent, les souffrances avaient diminué, mais elles reprirent de plus bel et le déterminèrent enfin à entrer à l'hôpital.

Entré le jeudi 20 décembre ; voici quel était son état le 21 au matin. Le malade souffre surtout de la distension du ventre : celui-ci est sensible partout, mais douloureux, particulièrement au niveau du creux épigastrique.

Ni selles, ni gaz depuis trente-six heures ; température, 39°8 ; pouls à 120 ; urine, 800 grammes depuis hier.

Le facies est plutôt celui d'un malade atteint d'une maladie générale. Je demande à ce que l'on fasse le séro-diagnostic, l'examen du sang ; l'examen des organes thoraciques est négatif, la respiration est à peine accélérée. Nous suspendons tout diagnostic ; néanmoins nous émettons l'hypothèse d'une périgastrite postérieure chez un homme atteint ultérieurement d'ulcère simple. Lorsqu'on interroge le malade sur son état de santé antérieur, il est peu explicite : il n'a jamais eu de vomissements, jamais de crises douloureuses, jamais rendu de selles noires ; néanmoins, depuis quelques mois, il avait de temps en temps des douleurs au creux de l'estomac avec point dorsal ; il n'avait pas, du reste, une très bonne hygiène alimentaire, mangeant vite et à des heures irrégulières.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la poitrine.

La situation se maintient stationnaire jusqu'au 26 ; à cette date, le ventre devient plus souple à la suite de garde-robes ; la fièvre persiste, le malade maigrit et pâlit.

Examen des urines. — Ni sucre, ni albumine.

Examen du sang. — Leucocytes, 13.600 ; polynucléaires, 92 ; mononucléaires, 8.

Examen des matières, par le réactif de Weber : pas d'hémorragies occultes.

Le séro-diagnostic est négatif, la rate n'est pas grosse, pas de bacilles de Koch ni de peumocoques dans les crachats ; la région appendiculaire

1. Eau de Carabaña.

demeure souple et indolore ; pas de matité dans les flancs ; le foie est un peu gros, 10 centimètres sur la ligne axillaire ; les muscles droits sont contracturés dans leur segment supérieur, surtout à droite ; c'est là que la sensibilité à la pression est maxima. On n'y perçoit du reste aucune tuméfaction.

Cependant l'état général s'améliore, et, du 11 au 29 janvier, la fièvre tombe au-dessous de 37, sauf un seul jour ; le pouls est au-dessous de 80, l'appétit est revenu.

Dans la nuit du 30 janvier, crise douloureuse dans les lombes et le ventre, température 39°2. La fièvre, à partir de ce moment, présente de grandes ascensions vespérales ; le malade maigrit de nouveau, son teint est devenu ictérique ; douleurs dans les espaces intercostaux sur la ligne axillaire. Ponction négative.

Le 2 février, vomissement de pus verdâtre, environ deux grands verres ; les douleurs spontanées sont très vives, l'ictère est foncé, température 39°4.

Aucun phénomène thoracique ; nous supposons que la périgastrite suppurée s'est ouverte dans l'estomac à sa face postérieure, et, bien qu'on ne sente aucune tuméfaction abdominale, je conseille à M. Duval d'intervenir, en réséquant au besoin le rebord costal. L'opération est faite par M. Duval l'après-midi. Voici la note qu'il nous a remise :

« Opération : Incision en baïonnette.

Le lobe gauche du foie adhère, par sa face inférieure, au bord supérieur du duodénum (1re portion) et du pylore. La séparation ne peut se faire qu'au prix d'une déchirure du foie qui saigne abondamment. Tamponnement.

Au niveau de la tête du pancréas, au-dessus de la petite courbure, existe un gros foyer inflammatoire au centre duquel, sans qu'il soit possible de préciser si la collection est intra ou pré-pancréatique, se trouve un abcès peu volumineux qui est évacué. La face postérieure du pylore et du vestibule pylorique adhère en totalité à la face antérieure du pancréas. Je ne puis me rendre compte s'il existe là une perforation viscérale.

Le pédicule hépatique, recouvert d'adhérences et infiltré d'œdème, ne permet pas la reconnaissance du cholédoque ; du reste, l'hiatus de Winslow est comblé.

La vésicule est moyennement distendue, je me décide à une cholécystostomie en un temps, qui laisse écouler du mucus teinté par la bile,

mais pas de bile vraie. Tamponnement sous-hépatique, et drain dans la cavité de l'abcès.

Le diagnostic opératoire est donc abcès pré- ou intra-pancréatique (tête de l'organe dans son segment sus-gastrique) probablement dû à une perforation du duodénum ou de l'estomac qui n'a pas été recherchée. Angiocholite avec oblitération temporaire du cystique ».

La température baisse un peu à la suite de l'opération, mais le pouls reste fréquent ; l'état général ne s'améliore que le surlendemain avec l'apparition d'un écoulement de bile abondant par la fistule vésiculaire. Du 15 février au 6 mars, la température se tient au voisinage de 37, le facies devient meilleur, l'ictère disparaît, le pouls s'abaisse au-dessous de 100 ; mais le 7 mars le thermomètre monte de nouveau et il survient à l'aine gauche une tuméfaction douloureuse dans la région du cordon.

Observation 4. — (M. Pierre Delbet in *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 19 mars 1907). — Un infirmier de l'hôpital Laënnec, Joseph G., âgé de 42 ans fut pris de *douleurs violentes dans la partie supérieure de l'abdomen* le 17 novembre 1896. Il fut immédiatement placé dans le service de Merklen qui fit le diagnostic de perforation de l'estomac. Les symptômes qui avaient paru *extrêmement menaçants s'amendèrent assez vite* : le péritoine ne réagit pas ; il se forma une tumeur dans la région épigastrique, et c'est seulement plus de trois semaines après le début des accidents que je fus appelé à voir le malade. Son état général ne paraissait pas grave. L'examen local révélait la présence dans la région épigastrique d'une tumeur ovoïde, plus saillante à gauche qu'à droite. Cette tumeur donnait à la percussion un son tympanique dans toute son étendue, de sorte qu'elle paraissait surtout constituée par des gaz. Mais la succussion hippocratique démontrait la présence du liquide. Et, chose curieuse, on y entendait de temps en temps avec une extrême netteté la sonorité cristalline si particulière du tintement métallique. Le 2 décembre 1906, je procédai à l'opération. Je fis une incision verticale sur le muscle droit du côté gauche. La grande cavité péritonéale ne fut pas ouverte. L'épiploon gastro-hépatique, méconnaissable, était adhérent au péritoine pariétal et j'entrai directement dans une vaste cavité d'où il s'échappa d'abord des gaz qui empestèrent l'atmosphère. Le pus, bien qu'en notable quantité, n'était pas cependant assez abondant pour s'écouler à l'extérieur pendant que le malade était dans le décubitus dorsal. Il fallut l'incliner sur le côté gauche pour évacuer la collection. Je complétai l'évacuation en nettoyant la poche avec des compresses montées sur des pinces. Il fut facile de constater qu'elle siégeait au-dessus de l'estomac

et que celui-ci ne présentait aucune perforation Guérison complète le 26 janvier.

Observation 5 (M. Pierre Delbet, in *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 19 mars 1907). — « Italien de trente ans, pris le 1er novembre 1904, *brusquement* pendant son travail d'une douleur abdominale mal localisée avec vomissements. Les *symptômes s'amendent* et le 19 décembre il est pris d'une nouvelle douleur dans la *région ombilicale*. Nouvelle accalmie suivie de reprise de douleurs toujours dans la *région ombilicale*. Il entre dans le service de M. Bourcy le 10 janvier. Il se plaint de douleurs abdominales vagues et présente un état d'adynamie prononcée. La température est à 40. On pense à une fièvre typhoïde, mais le séro-diagnostic est négatif.

Le 17 janvier, on perçoit des signes d'épanchement pleural du côté droit. M. Bourcy fait une ponction et retire du pus. Le lendemain, il me passe le malade comme atteint de pleurésie purulente et je l'opère immédiatement ». Résection de la neuvième côte sur une étendue de 9 à 10 cms, plèvre pas épaissie, incisée, ne présente aucune altération, on incline le malade, sur le côté, il ne vient que du liquide séreux ; mais on remarque que le diaphragme bombe, on y plonge un trocart : issue du pus. Sutures du diaphragme à la plèvre costo-pariétale, puis incision du diaphragme : issue d'une quantité énorme de pus, drainage.

Après l'opération, la température baisse, mais les suites ne sont pas très bonnes, le malade continue à s'affaiblir et à maigrir. Il se plaint de temps en temps de douleurs dans le côté droit et il devient évident pour M. Delbet que l'origine de l'abcès sous-phrénique est l'appendice. Mort. Confirmation de ce diagnostic par l'autopsie.

Il nous semble bien que cette intéressante observation confirme ce que pense M. Guinard : ici, on n'a vu le malade que longtemps après le début des accidents, on n'a pas, par conséquent, pu se rendre compte du siège exact de la douleur et on n'a pas pu rechercher le « syndrome pancréatique ». Même, d'après les renseignements que M. Delbet a recueilli sur l'évolution antérieure de l'affection, il paraît bien que ce syndrome n'était pas au complet. Sans doute, le début fut brusque, mais la douleur était péri-ombilicale, « sans siège précis », puis les phénomènes se sont amendés, ont repris, se sont amendés de nouveau et, finalement

ont acquis un degré extrême. Ce n'est qu'à ce moment que M. Bourcy a pu voir le malade.

Observation 6 (M. J. L. Faure in *Bulletin de Société de Chirurgie*, 1907). — Jeune femme de 21 ans opérée il y a quelques années à Laënnec dans le service de M. Reclus. Est prise *brusquement* de douleurs très violentes dans la région épigastrique. Les douleurs, son facies, les phénomènes péritonéaux font faire le diagnostic de perforation de l'estomac.

« Une incision sus-ombilicale, dit M. Faure, me conduit sur l'estomac qui ne présente pas de lésions. Mais l'épiploon gastro-hépatique est distendu et enflammé. Je l'effondre et tombe dans une vaste collection suppurée qui remplit toute l'arrière cavité. J'étanche le pus et j'aperçois derrière l'estomac, un organe transversal, grisâtre, désorganisé par la suppuration, et que je reconnais pour le pancréas. Drainage. Amélioration immédiate et complète, mais, persistance d'une fistule qui donne issue à un liquide transparent. M. Gley fait l'analyse de ce liquide et reconnaît qu'il s'agit de suc pancréatique. La malade que je n'ai pu retrouver sort guérie mais avec sa fistule ».

Observation 8 (in *Bulletin de la Société de Chirurgie* : M. J. L. Faure). — « Je fus appelé à voir, en octobre 1901, M. C..., qui depuis trois mois environ présentait des troubles gastriques graves, des douleurs violentes, vomissait sans cesse et dépérissait à vue d'œil. Il avait perdu plus de cinquante kilogrammes. Lorsque je le vis, il avait le teint terreux, mais non ictérique, et présentait, au niveau de la région ombilicale, une tuméfaction volumineuse, qui donnait la sensation d'une tumeur profonde. M. Barth vit alors le malade. Le diagnostic porté fut celui de cancer probable de l'estomac ou du colon transverse et une laparotomie fut décidée. J'ouvris le ventre sur la ligne médiane et j'aperçus immédiatement l'estomac et le colon transverse d'apparence saine, mais soulevée par une tumeur profonde. J'effondrai le grand épiploon et passai entre l'estomac et le colon. Je tombai alors sur des adhérences assez lâches qui se laissaient écarter, si bien qu'au fur et à mesure que je pénétrais dans la profondeur la tumeur semblait s'évanouir. En réalité, il n'y avait pas de tumeur, mais des adhérences nombreuses et une infiltration inflammatoire qui constituaient une tuméfaction de la grosseur d'une tête d'enfant. Bientôt, j'arrivai dans un foyer rempli d'un magma noirâtre et semi-pâteux qui occupait la place du pancréas et qui n'était et ne pouvait être autre chose que cette glande profondément désorganisée. Large drainage, tous les phénomènes douloureux

cessèrent et le malade se rétablit promptement. La guérison s'est maintenue parfaite depuis cette époque.

Observation 9 — Gerhardi, *Wirschow's Arch*, 1856. — Homme 56 ans, buveur, a eu quelques coliques, puis après journée de travail pénible, présente *brusquement* douleur intense au milieu du ventre, nausées, constipation, ballonnement du ventre, amaigrissement avec asthénie. *Laparotomie*, on ne trouve pas de cause d'occlusion intestinale, mort dans le coma 10 jours après. *Autopsie*. Pancréatite hémorragique.

Observation 10. — Hausen, *Th. de Kiel*, 1893. — Femme très grasse, 36 ans, sans antécédents. *Début brusque* au milieu de mai 1892 par des vomissements et des *douleurs violentes* dans la région épigastrique, amélioration, puis reprise des mêmes symptômes en juillet 1892, apparition d'une *tumeur*. Mort 1 mois après, malgré laparotomie qui ne révèle rien qu'une masse entourée de graisse, à autopsie, cavité purulente dans l'arrière cavité des épiploons et pancréas nécrosé.

Observation 11. — Körte. — *Pancréatite aiguë, foyer purulent entre l'estomac, le colon et la colonne vertébrale.* — H..., 22 ans, *pris* le 13 octobre 1893 de *douleurs abdominales* violentes, vomissements, céphalalgie. Bientôt tuméfaction dans la région lombaire gauche, incision, issue de pus, ponction d'une pleurésie, enfin 1 mois après laparotomie sus-ombilicale, foyer purulent entre le colon, l'estomac et la colonne vertébrale. — Mort le soir de cette dernière intervention. A l'autopsie, on trouve que cette collection fusait, mais par un trajet très exigu vers les lombes, l'incision en ce point n'avait amené ainsi qu'une évacuation incomplète de la poche.

Observation 12. — Körte. — Femme de 48 ans ayant eu des coliques hépatiques en 1888. Prise *brusquement* en juin 1893 de *douleurs* et de vomissements sans arrêt des matières. 1 mois après apparition d'une *tumeur* dans le côté gauche du ventre descendant jusqu'à la crête iliaque gauche. *Amaigrissement considérable*. Laparotomie, issue de pus où l'examen histologique décèle la présence de débris pancréatiques. Au reste, la malade guérit, mais avec une fistule pancréatique.

Observation 13. — Körte. — Femme de 30 ans, prise 5 jours après accouchement, *brusquement*, de *douleurs sus-ombilicales* très violentes. Tuméfaction épigastrique qui va en s'étendant de plus en plus à gauche vers le rein ; alternatives de mieux et de plus mal pendant 2 mois. L'abcès bombant dans la région lombaire, on incise de ce côté et on arrive dans la poche où nagent des débris nécrosés. — Mort 2 mois

après. Autopsie : clapier purulent dans l'arrière-cavité des épiploons, disparition de la presque totalité du pancréas.

Observation 14. — Elliot. — *Boston méd.* 1895. — H..., 51 ans, présente syndrome pancréatique au complet. On trouve un volumineux abcès rétro-gastrique par laparotomie médiane sus-ombilicale. Mort, pancréas en grande partie nécrosée.

Observation 15 — *Pearce Gould* Lancet, 1891. — Femme 26 ans, prise *brusquement* le 10 janvier d'une *douleur violente juste au-dessus de l'ombilic*. Apparition rapide d'une tuméfaction dans l'hypochondre gauche s'étendant du rebord costal jusqu'au dessous de l'ombilic. Laparotomie médiane sus-ombilicale : collection liquide au niveau de la queue du pancréas, contr'ouverture dans la région lombaire. Suites opératoires excellentes. L'examen du liquide recueilli montre des globules de graisse libre, de grosses cellules probablement épithéliales.

Observation 16. — M. Guinard. — *Société de chirurgie* 1897 et *Th.* de Page, 1897. — La malade, âgée de 51 ans, a toujours été bien portante ; cependant, depuis plusieurs années, sujette au lombago et a eu 2 crises de colique néphrétique. Après avoir mangé pendant plusieurs jours du gibier faisandé, la malade est prise *brusquement* d'une douleur qui, dit-elle, ne ressemblait en rien à la douleur éprouvée pendant les coliques néphrétiques : *maximum à droite de la ligne mammaire gauche entre le rebord costal et l'ombilic*. Les jours suivants, la malade fut obligée de garder le lit : elle était *très abattue*, *très faible*, mais la douleur avait à peu près disparu ; légère constipation, température entre 38 et 39. Cinq jours plus tard, issue de pus par le vagin et le rectum, sans empâtement du cul-de-sac postérieur ou de la cloison recto-vaginale. Cet écoulement persiste une dizaine de jours, puis cesse après des lavages répétés. A partir de ce moment la malade se plaint d'un point de côté dans la région thoracique gauche et pendant 2 mois 1/2, elle est soignée pour une pleurésie gauche. Les signes persistant et la malade *maigrissant* de plus en plus, on demande M. Guinard qui fait une série de ponctions exploratrices dans le neuvième espace intercostal dont l'une très profonde, ramène du pus. Pas de tumeur perceptible cette fois, mais, étant donnée la profondeur où l'aiguille avait pénétré, M. Guinard pense que le pus pouvait être sous le diaphragme.

Opération. — Incision là où M. Guinard a trouvé le pus, résection de 7 à 8 cms de côte, plèvre pariétale très adhérente à la plèvre diaphragmatique, incision du diaphragme, bientôt issue d'un flot de pus, drains, gaze,.... suites opératoires bonnes, guérison complète. On a ramené au

cours de l'opération des débris sphacéles, M. Malassez en fait l'examen histologique et confirme le diagnostic de pancréatite.

Observation 17 (M. LE DENTU). — Notre maître, M. le Professeur Le Dentu, a eu la bonté de nous communiquer une nouvelle observation que nous rapportons plus loin. Nous adressons à notre Maître tous nos remercîments, en même temps que nous le prions d'agréer l'expression respectueuse de notre reconnaissance pour la bienveillance et l'intérêt qu'il nous a toujours témoignés pendant tout le cours de nos études médicales.

Il s'agissait d'un malade qui souffrait depuis un certain temps de douleurs abdominales. Brusquement il fut pris de douleurs violentes, s'accompagnant de ballonnement léger du ventre et de symptômes d'obstruction intestinale. M. Le Pileur qui vit alors le malade pensa à une obstruction intestinale et demanda M. le Professeur Le Dentu en consultation. L'opération fut fixée au lendemain car les symptômes n'étaient pas très alarmants. Mais, pendant la nuit ils s'aggravèrent considérablement, au point que M. Le Dentu hésitait à intervenir : pouls petit, vomissements, facies péritonéal, ballonnement énorme. Après avoir ouvert le péritoine M. Le Dentu constata l'écoulement d'une petite quantité de pus ; puis en explorant l'abdomen, il trouva, à cheval sur la colonne vertébrale, enveloppée par des adhérences solides et résistantes, une masse reproduisant la forme du pancréas et d'où s'échappa un flot de pus.

Observation 18. (Dr DÉVÉ in *Normandie médicale*). — Homme de 26 ans, garçon d'hôtel, pris absolument brusquement de douleurs extrêmement violentes dans la région épigastrique.

Antécédents absolument négatifs. Le matin même du jour où il est atteint, le malade vient de la banlieue de Rouen où il habite, jusqu'à l'hôtel où il travaille, à pied ; il déjeune à 8 heures avec ses collègues. A 9 heures, pendant qu'il était occupé à cirer un parquet, il est pris brusquement d'une douleur violente au creux de l'estomac « comme un coup de fusil ». Cette douleur irradie bientôt vers la moitié droite de l'abdomen et s'accompage de nausées puis de vomissements glaireux qui amène un peu de soulagement ; mais bientôt la douleur reprend, atroce, arrachant au malade des cris déchirants. Dévé, après deux examens du malade le fait transporter à l'hôpital avec le diagnostic de *Péritonite par perforation, Ulcération du duodénum*.

On le trouve là dans un état grave : facies grippé, yeux excavés, teint plombé, lèvres cyanosées, voussure très nette de la région épigastrique, avec *submatité à ce niveau*. La palpation même très légère de la région épigastrique réveille la douleur. Vomissements glaireux, arrêt des matières et des gaz depuis plusieurs heures ; urines rouges, sédimenteuses, température 37°4, pouls 108. L'intervention est alors décidée. M. Cerné, professeur de Clinique chirurgicale de Rouen, pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale, il trouve d'abord un liquide brun-rougeâtre, inodore, dans le péritoine, un épiploon gras avec granulations plates, blanches, anguleuses et des plaques hémorragiques sur le foie, le péritoine pariétal ; enfin une masse adhérant aux organes voisins comprise entre le colon transverse, la face postérieure du foie et la rate et qu'il ne peut isoler. Il referme l'abdomen en laissant trois drains pour l'évacuation du liquide.

Après l'opération, le malade vomit du sang dans l'après-midi, son état s'aggrave de plus en plus et il meurt dans l'après-midi.

A l'autopsie, on trouve un pancréas volumineux, de couleur violet-noir, complètement hémorragique, sur les coupes comme à sa surface. L'hémorragie a diffusé dans le tissu cellulo-adipeux rétropéritonéal et dans l'atmosphère adipeuse du rein gauche.

Dévé fait suivre son observation d'une série de commentaires que nous tenons à résumer rapidement, car ils confirment tout à fait notre manière de voir. — « Nous voudrions précisément, écrit-il, tenter de montrer que le tableau symptomatique de l'affection, quand il se présente avec cette netteté, est si caractéristique que l'on peut et, nous n'hésitons pas à le dire, que nous aurions dû, dans le cas particulier, arriver au diagnostic exact avant l'intervention chirurgicale ». Et Dévé, plus loin, insiste lui aussi sur l'absence d'antécédents gastro-intestinaux, sur la *brusquerie du début*, sur l'*intensité de la douleur*, sur le *ballonnement épigastrique*, puis sur l'absence de fièvre ; chez son malade, par contre, le pouls ne devint que tardivement hémorragique. Sur ce dernier point, Dévé insiste, il pense que le pouls ne prend en effet qu'assez tard les caractères de petitesse et de faiblesse sur lesquels nous avons insisté et il en trouve l'explication dans l'irritation du plexus solaire déterminée par l'hémorragie pancréatique. Laignel-Lavastine a montré en effet dans sa

thèse que l'excitation de ce plexus amenait une douleur épigastrique très violente, de la constipation et de l'élévation de la tension artérielle. A cette phase d'excitation fait suite une phase de paralysie caractérisée par de l'abattement, des vomissements, une diarrhée incoërcible, hémorragique, *un pouls très petit* et des urines rares...

Nous ne voulons pas multiplier davantage les observations, qu'il nous suffise de dire que dans toutes celles que nous avons dépouillées : dans les 89 observations de la thèse de Page, dans la plus grande partie des 31 observations rapportées dans la thèse de Desjardins, dans celles publiées dans le rapport de M. Villar ou dans celles du mémoire de Lenormant et Lecène, nous avons vu signaler les 4 grands symptômes dont M. Guinard fait « le syndrôme pancréatique ». Il nous a paru absolument inutile de recopier simplement ici tous ces cas et nous renvoyons pour leurs détails aux mémoires originaux.

CONCLUSIONS

I. — Les pancréatites aiguës ne sont pas rares, leur diagnostic souvent n'est pas fait parce qu'on ne pense pas au pancréas.

II. — Cliniquement, leur diagnostic est assez facile, que l'on ait affaire à des pancréatites aiguës hémorragiques ou suppurées. Ce diagnostic est surtout fondé sur la constatation du *syndrome pancréatique* de Guinard :

a. — Début brusque.

b. — Douleur cœliaque.

c. — Cachexie suraiguë avec asthénie.

d. — Tuméfaction locale.

III. — L'évolution des pancréatites suppurées aiguës se fait en plusieurs temps :

Le début est nettement abdominal, puis le pus se collecte et se fait jour ;

Ou, vers l'étage abdominal supérieur et donne lieu à des symptômes pleuro-pulmonaires : c'est la *forme thoracique* ;

Ou, vers la paroi antérieure de l'abdomen : c'est la *forme abdominale* ;

Ou, vers les fosses lombaires : c'est la *forme lombaire*.

IV. — L'examen clinique peut seul guider pour le diagnostic des pancréatites aiguës. Les procédés de laboratoire montrent seulement si le pancréas est altéré en totalité et non en partie ; de plus, la recherche du suc pancréatique dans les matières féca-

les est encore trop récente pour qu'on en puisse tirer des déductions certaines.

V. — Il n'y a pas une voie de choix pour aborder les collections pancréatiques. La voie d'accès sera différente suivant les cas :

Forme thoracique : voie pleuro-péritonéale ;

Forme lombaire : voie lombaire ;

Forme abdominale : laparotomie sus-ombilicale.

VU :
Le Président,
A. LE DENTU.

VU :
Le Doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

D'AMATO. — *Riforma méd.*, 1903.

AMBARD. — *Société biologie*, 16 février 1907.

ANCELET. — *Etude sur les maladies du pancréas*, 1864.

AUSPERGER. — *In Quénu et Duval*

ARAN. — *Archives générales de médecine*, 1846.

ARNOZAN. — *Dict. Dechambre*, vol. 20, p. 152.

ARNOZAN et VAILLARD. — *Journ. de médecine de Bordeaux*, 3 août 1881.

BONAMY. — Th. de Paris, 1879.

BOUSDORF et SIEWERS. — Pancréatitis gangrœnosa acuta. — *Finska lakarelskapets handlingar*, XXXVII, 1895. Hildlbrand's Iahresb. Jahrgit, p. 901.

CAMMIDGE. — *Lancet*, mai 1904. *Brit. med. Journ.*, mai 1906.

CARNOT. — *Recherches expérimentales et cliniques sur les pancréatites*. Th. de Paris, 1898.

CARNOT. — *Soc. de biologie*, 19 février 1898.

CARNOT et AMET. — *Soc. de biologie*, oct. 1905.

CHANTEMESSE et GRIFFON. — *Soc. anatomique*, 1895, nº 14.

CHARRIN et CARNOT. — Infection pancréatique ascendante. *Soc. de biol.* 1894.

CHAUFFARD et RAVAUT. — Pancréatite hémorragique et lésions du pancréas au cours de la fièvre typhoïde. *Arch. de médecine expérimentale*, nº 2, mars 1901.

1. Pour la bibliographie complète des Pancréatites nous renvoyons aux thèses de Page (1898) et de Desjardins (1905), nous ne donnons ici que la bibliographie utile pour les questions que nous avons traitées.

CHAUFFARD. — *Sem. méd.*, janvier 1906.
CHABROL. — *Rev. gén. Gaz. Hôpitaux*, 1907.
CZERNY. — *Centralblatt f. Chirurg.* 1903.
CUCHE. — *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1897.
CURTIS et GELLE — *Soc. de biol.* juillet 1905.
DARAIGNEZ. — Abcès du pancréas. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1888, p. 479.
DAVIAU. — Th. Paris 1906.
DAVIDOFF. — De morbis pancreatis observationes quœdam. *Inaug. Dissert. Dorpat*, 1833.
D'AY. — *Boston med. surg. Journ.* 127, n° 24.
DEAVER. — *North med. Soc. of Philadelphie*, janv. 1904.
DELBET (Pierre). — *Soc. de Chirurgie*, 13 mars 1907.
DEGUY. — *Journ. des praticiens*, sept. 1898.
DESJARDINS. — Th. 1905.
DÉVÉ. — *Normandie médicale*, avril 1907.
DIECKHOFF. — Leipzig, 1895.
DIEULAFOY. — *Clin. de l'Hôtel-Dieu.* Tomes I et II.
DRAPER. — Pancreatic hemorrage and sudden death. — *Boston med. Journ.* 1886, vol. 115, n° 17. — *Boston med. Journ.*, 1894, vol. 301, p. 390.
DURAND. — *Hemorragie pancréatique.* Th. Paris, 1895.
ETIENNE. — Pancréatites suppurées. *Arch. de méd. expérimentale*, mars 1898.
EVANS. — *Journ. of the Amer. med. assoc.*, 1904.
EVE. — Surgery of the pancreas with report of case. — *Medic. and surg. Reporter.* 1896-1899.
FARGE. — *Bulletins Société méd. d'Angers*, 1882.
FAURE (J. L.). — Sur 2 cas de pancréatites suppurées. — *Congrès franç. de chirurgie*, 1902.
FAURE (J. L.). — Notes sur les pancréatites. — *Soc. de Chirurgie*, 20 mars 1907.
FINNEY. — *Medical chronicle*, juin 1903.
FITZ et WHITTIER. — Acuste pancreatitis. *The Middleton Goldschmith lecture*, 1889.
FRANÇAIS (Raymond). — Th. de Paris, 1906.
FRIEDREICH. — Maladies du pancréas. *Ziemssen's Handb der spec. Path.*, 1878.
FRISON. — *Marseille médicale*, p. 257, 1875.

GARNIER. — *Soc. anat.* nov. 1903.
GAULTIER. — Th. Paris, 1905.
GELLÉ. — Th. de Lille, 1905.
GILBERT et DOMINICI. — *Soc. de biol.* 1894.
GOULD. — *Lancet*, 8 août 1891.
GRANDMAISON (de). — Les pancréatites. *Méd. mod.*, 2 décembre 1893.
GROSS. — *Elements of pathological Anatomy*, 1839, t. 2.
GUILLAIN. — *Rev. de méd.*, 1900.
GUINARD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 6 avril 1898.
GUINARD. — *Id.*, 20 février 1907.
GUINARD. — *Id.*, 23 avril 1907.
HAHN. — Traitement opératoire de la pancréatite hémorragique. *Soc. de chir. de Berlin*, 3 janvier 1901.
HAIDLEN. — Amte pancreatitis im Wochenbett. *Centralblatt f. Gynæcologie*, 1884.
HAM et CLELAND. — *Lancet*, mai 1904.
HARLES. — *Uber die Krankheiten des Pancreas.* Nuremberg. 1812.
HAWKINS. — Fat necrosis in a case of fatal peritonitis ducto perforation of the gall bladder. *Path. Trans.*, 1894, t. XLIV, p. 78.
HAWKINS. — A case of pancreatic hœmorrage and of necrosis. With a consideration of amte inflammation of the pancreas. *Lancet*, 11 août 1893.
HILDEBRAND (Göttingen). — Congrès de chir. de Berlin, 1896.
HILDEBRAND (Berlin). — XXVII[e] Congrès allemand de chir., avril 1898.
HIRSCHFELD. — *Soc. de méd. de Berlin*, nov. 1905.
HILTY. — Ein Fall von acuter hœmorragischer pancreatitis. *Corresp. Blatt. der schweizer.* Aerzte, janvier 1877.
HLOVA. — Pancréatite hémorragique. *Sbornick lekarsky*, t. IV, 1891.
HOOPER. — Diseased pancreas. *Arch. of méd.* 1861. *Lancet*, janvier 1897.
HOPPE SEYLER. — *Deuts. arch. f. klin. méd.* LXXXI, 1-2.
KENNAN. — A case of acute pancreatitis. *Brit. Méd. Journ.*, 1895.
KEHR. — Berlin, *Fischer's med.* Verlag, 1901.
KLIPPEL. — Pancréas infectieux. *Arch. gén. de méd.*, 1897.
KLIPPEL. — Pancréas infectieux. *Rev. générale. Arch. gén. de méd.*, 1899.
KLOB. — *Œster. Zeitschr. prakt.* Heilk, 1860.
KOERTE. — Congrès allemand de chir., 1894.

KOERTE. — 68e réunion nat. allemande. Francfort, sept. 1897.
KOERTE. — *Zur Chirurgie. Pancreas Centralblatt f. chir.* 1896.
KOERTE. — *Chirurg. Krankh. des Pancreas. Deutsch. Chirur.* Stuttgart, 1898.
KOERTE. — *Hand der prakt. Chir. der Mickulicz*, Bd. IV Stuttgart, 1903.
KOERTE. — *Chirurgie des voies biliaires et du foie*, Berlin, Hirschwald, 1905.
KRAFT. — *Pancreatitis hemorragica Hosp. Tidende*, 1894.
LANCEREAUX. — *Mal. du pancréas.* Paris, 1897.
LECÈNE et LENORMAND. — *Rev. de Gynécologie*, 1906.
LEFAS. — *Arch. de Méd.*, 1899 et 1900. *Soc. anat.*, 1903.
LE DENTU. — *Bull. Académie de méd.*, 1897.
LEJARS. — *Congrès de Chirurgie de Paris*, 1905.
LEMOINE et LANNOIS. — *Arch. de méd. exp.*, t. 3, 1891.
LÉPINE. — Pancréatite hémorragique. *Lyon médical*, 30 octobre 1892.
LIEBLER. — Pathologica e chirurgica del pancreas. *Riforma médic.* 1897.
LITTLEWOOD. — *Hémorragie du pancréas. Lancet*, 16 avril 1892.
MAC BURNEY. — *Comptes rendus de la Soc. de chir. de New-York*, mai 1898.
MARTIJNOFF (Alexis). — *La chirugie du pancréas.* Moscou, 1897.
MATHIEU. — T. M. *pancréatites.*
MAYO-ROBSON. — *Rapports du Congrès international de médecine de Paris*, 1900.
MAYO-ROBSON. — *Brit. med. Assoc. Swansea*, juillet 1903.
MAYO-ROBSON. — *Lancet*, août 1903, mars et avril 1904.
MAYO-RORSON. — *Canad. med. assoc. Vancouver*, août 1904.
MAYO-ROBSON. — *Edimborg med. Journ.*, déc. 1905.
MAYO-ROBSON et DOBSON. — Londres, 1903.
MAYO-ROBSON et MOYNIHAN. — *Mal. du pancréas.* Londres, 1904.
MOYNIHAN. — *Lancet*, juin 1903.
MOYNIHAN. — *Edimburg méd. Journ.*, mai 1906.
MOLLIÈRE. — *Dict. Jaccoud.*
MORIAD. — *Soc. de Chir.*, 13 mars 1907.
MORIN. — *Abcès du pancréas. Encyclop. int. de chir.*, t. 6.
MOURET. — *Méd. mod.*, 1895.
MUGNAI. — *Patologia terapia chirurgica del pancreas. Letture sulla Medicina.* Vollardi, Milano, 1889.

NEVE. — *Lancet*, 1891.
NIMIER. — *Hémorragie du pancréas. Rev. de Méd.*, mai 1894.
NIMIER. — *De l'intervention opératoire dans les affections du pancréas*, sept. 1894.
NIMIER. — *Rev. de Chir.* 1893, n. 8, 9, 12.
OPIE. — *Journ. de méd. expér.*, 15 janvier 1901.
OPIE. — *Americ. Journ. of méd. Sc.*, mai 1902.
OPIE. — *Mal. du pancréas.* Philadelphie, 1903.
OSER. — *Deutsche Klinik*, 1901.
OSER. — *Die Erkrankungen des Pancreas. Nothnagel's spec. Path. und Therap.* Bd 18, II theil.
OSLER. — *Lancet*, mars 1897.
OWERS. — *Brit. med. Jour.*, 1902.
PAGE. — Th. Paris. 1898.
PARRY. — *A case of acute hæmorragie pancreatitis.* Lancet, 1897.
PARSOUS. — *Brit. med. Journ.*, 1857.
PEARCE-GOULD. — Lancet, 1891.
PONFICK. — *Wirchow's Arch.* 1872.
QUÉNU. — *Traité de chir.* (art. pancréat).
QUÉNU. — *Soc. de chir.* 1905, 1906.
QUÉNU. — *Soc. de chir.*, 13 mars 1907.
QUÉNU et DUVAL. — *Revue de chirurgie*, oct. 1905.
RACHMANINOFF. — Hémorragie pancréatique. *Rev. de méd. russe*, 1895.
RIEDEL. — *Berl. Klin, Woch*, 1896.
RICARD. — *Soc. de Chirurgie*, 1899.
RICHARDSON. — Pancréatite suppurée. Laparotomie. Guérison. *Boston and Surg. Journ.* 1895.
RIGAL. — *Gazette des Hôpitaux*, 1869.
ROLLESTON. — *Pancréatite interstitielle hémorragique.* Lancet, 1896.
ROLLESTON. — Trois cas d'hémorragie du pancréas. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurg.*, t. 42.
ROSENBACH. — Laparotomie wegen Kothslanung veranlasst durch einem grossen vom Pancreas ausgehenden Abcess. — *Centralblatt f. Chir.* 1882.
SAREERT. — Die apoplexie des Pancreas. *Deut. Zeit. für Chir.* Bd. XLII, 1895.
SCHLESSINGER. — Indication des interventions chirurgicales. Paris, 1904 (traduit par Sabrazès).

SEGOND. — *Soc. de Chir.* fév. 1906.
SENDLER. — Chirurgie du pancréas. *Sem. méd.* 1897.
SENN. — *Surgery of the pancreas as based upon experiments and clinical Researches.* Philadelphie, 1886.
SIMON. — *Pancréatite aigue.* Lancet, 1897.
STOJANOVITZ. — Th. Paris, 1903.
SURAIN. — Hémorragie du pancréas. *Brit .méd. Journ.* 1893.
TAKAYASU. — Beitrag zur Chirurgie des Panckreas. *Centralblatt f. Chir.* 1898.
TERRIER. — *Rev. de Chir.* 1893.
THAYER. — Acute pancreatitis. *Amer. Journ. of méd.*, oct. 1895.
THIROLOIX. — *Soc. anat.* 1891.
THOINOT et DELAMARRE. — *Soc. méd. des hôp.* 1904.
TRICONI. — *Contributo di clinica operativa.*
VIGOT. — *Union méd.* 1884.
VILLAR. — *Congrès de Chir.* Paris 1905.
WALSCH. — Laparotomie pour abcès du pancréas. *Méd. News*, déc. 1903.
WAREN. — Abcès du pancréas. *Boston méd. Journ.* 1895.
WITHNEY. — Hémorragie du pancréas. *Boston méd. Journ.* 1893.
WHITTON. — Abcess of the Pancreas. *Méd. Record*, 1893.
ZELLER. — *Berl. klein. Woch.* 1902.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — Historique	3
CHAPITRE II. — Du diagnostic positif clinique	6
CHAPITRE III. — Critiques des procédés de laboratoire	16
CHAPITRE IV. — Du diagnostic différentiel	25
CHAPITRE V. — Traitement	31
OBSERVATIONS	35
CONCLUSIONS	50
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	53

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE